

# 2018- 2019 INFORMACIÓN DE SALUD Y EMERGENCIA

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado/Salón \_\_\_\_\_  
 Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Autobús # \_\_\_\_\_  
 Nombre de un padre o encargado \_\_\_\_\_  
 Problemas de salud y/o limitaciones \_\_\_\_\_

## ENFERMEDADES

Diabetes/Fecha de Diagnosis \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
 Ataques Epilépticos \_\_\_\_\_ Fecha del último episodio \_\_\_\_\_  
 Hipoglucemia/Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Asma/medicamentos \_\_\_\_\_ Que provoca un ataque \_\_\_\_\_  
 Enfermedades graves (especifique) \_\_\_\_\_  
 Información adicional de salud (física o emocional) \_\_\_\_\_

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dentista Actual \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
 ¿Usa el estudiante lentes? \_\_\_\_\_ ¿Lentes de contacto? \_\_\_\_\_

**¿Toma el estudiante algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si su respuesta fue sí, favor de anotar aquí el nombre de cada medicamento y cuándo se administra \_\_\_\_\_**

Es muy **IMPORTANTE** que la escuela tenga varias formas de comunicarse con usted en caso de emergencia. **POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE** si su teléfono ha sido desconectado, ha cambiado su número telefónico o empleo.

Correo electrónico de los padres \_\_\_\_\_  
 Número telefónico en casa \_\_\_\_\_ Número celular \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre, lugar de empleo, número telefónico del lugar de empleo \_\_\_\_\_  
 Nombre de la madre, lugar de empleo, número telefónico del lugar de empleo \_\_\_\_\_  
 Nombre de un pariente, su lugar de empleo, número telefónico de su lugar de empleo \_\_\_\_\_  
 Nombre y número telefónico de un vecino, su lugar de empleo y el número telefónico \_\_\_\_\_

## **AUTORIZO A LA ESCUELA A PROVEER ASISTENCIA MÉDICA A MI HIJO EN CASO DE EMERGENCIA O ENFERMEDAD GRAVE.**

Firma de un padre o encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Estimado padre o encargado- Esto es para notificar que puede ser que el Distrito provea información personal de la evaluación de la vista y el oído de su estudiante a una agencia con fines de facturación a Medicaid si usted ha provisto su consentimiento. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento.