

Completar Ambos Lados

Escuelas Públicas de Lynn
Formulario de Emergencia /Médico
Año Escolar 2017/2018

ID: _____

Escuela: _____ Grado/Aula: _____ Taller: (si aplica) _____

Información General

Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____ Lugar de Nac.: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Teléf. de la casa: _____
Calle N° Ciudad Estado/ Código Postal

Masculino Femenino Lenguaje del Hogar: _____ Tutela Estatal: sí no

Padre/Encargado

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Relación

Teléf. Hogar: _____

Teléf. Trabajo : _____

Teléf. Celular: _____

Dirección de Email: _____

Dirección si es diferente del niño: _____

Padre/Encargado

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Relación

Teléf. Hogar: _____

Teléf. Trabajo : _____

Teléf. Celular: _____

Dirección de Email: _____

Dirección si es diferente del niño: _____

Hermanos del Estudiante

Nombre: _____ Escuela : _____ Nombre: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Escuela : _____ Nombre: _____ Escuela: _____

Contactos Para Emergencia /Permiso Para Retirar Si Usted no está Disponible (debe tener 18 años o más)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléf. de día: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléf. de día: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléf. de día: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléf. de día: _____

Mi Niño/a No Puede Retirarse Con:

Nombre: _____ Relación: _____

*Orden de Restricción Válida

Sí No

Nombre: _____ Relación: _____

Sí No

(Si responde sí, usted debe adjuntar una copia de la orden)

Firma del Padre /Encargado: _____

**** POR FAVOR DE VUELTA LA HOJA Y COMPLETE DEL OTRO LADO ****

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Tiene usted seguro médico?

 Privado Público(Ej. MA Health, Children's Medical Security) No tengo seguro

Nombre del Proveedor del Seguro: _____ Grupo/Póliza #: _____

(Por favor contacte a la enfermera escolar si usted necesita asistencia para aplicar para seguro médico)

Información Médica(Por favor marque **TODAS LAS CASILLITAS** que apliquen para su niño/a. Contacte a la enfermera escolar por información médica confidencial adicional).**ALERGIAS** (comida, insectos, medicamentos, medio ambiente) _____ ¿EpiPen? **SÍ** **NO** **Asma** **ADD/ADHD** **Autismo** **Probl. de Hemorragias/coágulos** **Depresión** **Diabetes** **tipo I** **tipo II** **Enfermedad/defecto del corazón** **Enfermedad del Riñón** **OTRO** _____**Antecedentes de concusiones con fecha(s)** _____**Convulsiones/ataques epilépticos (fecha del último ataque):** _____ **Tipo de desorden epiléptico:** _____**Operaciones o lesiones serias (fechas)** _____**Equipo médico especial requerido** _____**Problemas de Visión**(especificar) _____ Usa Anteojos **SÍ** **NO** Usa lentes de contacto **SÍ** **NO****Problemas de Audición**(especificar) _____ Oído izquierdo Oído derecho Audífono **SÍ** **NO****Fecha del último examen físico:** _____ **Restricciones (se requiere una nota del médico):** _____

(Copia/prueba de examen físico es requerido antes de entrar a la escuela y en los grados K, 4, 7 y 10. Por favor envíelo a la enfermera de la escuela.)

Medicamento(s) que su niño/a está tomando en este momento:

En el hogar: _____

En la escuela: _____

Médico del Estudiante/Pediatra**Dentista**

Nombre

Teléfono

Nombre

Teléfono

NO DEJAR EN BLANCO**AUTORIZACIÓN DEL PADRE**

- SÍ** **NO** 1. Yo le doy permiso a la enfermera escolar para que de a conocer información médica pertinente, según su evaluación y juicio como enfermera, a todo aquel empleado escolar que esté directamente envuelto en el cuidado y seguridad de mi hijo/a.
- SÍ** **NO** 2. Yo le doy permiso a la enfermera escolar para suministrar **Tylenol** a mi niño/a.
- SÍ** **NO** 3. Yo le doy permiso a la enfermera escolar para suministrar **Ibuprofen** a mi niño/a.
- SÍ** **NO** 4. Yo le doy permiso a la enfermera escolar para suministrar **Calamine** a mi niño/a para irritaciones leves de la piel.
- SÍ** **NO** 5. Yo doy permiso para que mi hijo/a sea transportado al hospital y reciba atención médica en el caso de que yo no pueda ser contactado en una emergencia.
- SÍ** **NO** 6. Este historial de salud es correcto según mi entendimiento, y mi niño/a tiene permiso para participar en todas las actividades excepto en aquellas por mi especificadas.

***Firma del Padre/Encargado _____

Fecha _____