

Completar Ambos Lados

Escuelas Públicas de Lynn
Formulario de Emergencia /Médico
Año Escolar 2022/2023

ID: _____

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

Información General

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

Dirección: _____ Teléf. de Casa: _____
Calle Nº Ciudad Estado/ Código Postal

Masculino Femenino Idioma del Hogar: _____

Madre/Padre/Encargado

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Relación

Teléf. Hogar: _____
Teléf. Trabajo: _____
Teléf. Celular: _____
Dirección de Email: _____
Dirección si es diferente del niño: _____

Madre/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: _____

SI USTED NO ESTÁ DISPONIBLE - Contactos de Emergencia /Permiso Para Retirar (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: _____
Nombre: _____ Relación: _____

*Orden de Restricción Válida

Sí No

Sí No

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

*****Firma del Padre /Madre/Encargado:**

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

Completar Ambos Lados

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: _____

(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 **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 Gafas **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 / MADRE

- SÍ** **NO** 1. Yo le doy permiso a la enfermera escolar para suministrar **Tylenol** a mi niño/a.
 SÍ **NO** 2. Yo le doy permiso a la enfermera escolar para suministrar **Ibuprofen** a mi niño/a. (12 años de edad o mayor)
 SÍ **NO** 3. Yo le doy permiso a la enfermera escolar para suministrar **Calamine** a mi niño/a para irritaciones leves de la piel

*En el caso de que no pueda ser localizado en una emergencia, entiendo que mi hijo será transportado al hospital para recibir atención médica.

*Por favor, tenga en cuenta que se usará un desinfectante a base de alcohol en todas las escuelas. Para optar por no participar, por favor envíe una carta a la enfermera de su escuela.

*Esta historia de salud es correcta hasta donde yo sé, y mi hijo tiene permiso para participar en todas las actividades excepto en las que yo lo indique.

*****Firma del Padre/Madre/Encargado** _____

Fecha _____