**** **ESCUELA TÉCNICA REGIONAL KEEFE**

POR FAVOR

IMPRIMA SU INFORMACION GRACIAS

**SALUD – INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

**Por favor lea cuidadadosament, firmar y**

**devolver este formulario a la escuela.**

Los requisitos de salud exigidos por el estado incluyen los siguientes: Los exámenes de SBIRT y postural se requiren en el grado 9. Los exámenes físicos se requieren en el grado 10. Los exámenes de visión y audición así como el Indice de Masa Corporal (BMI) ocurren en el grado 10. Los padres que decidan renunciar al examen de (BMI) deben enviar una nota a la enfermera de la escuela. **Usted debe de completar este formulario cada año escolar. Gracias.**

Nombre del estudiante (impremir) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha/nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado\_\_\_\_\_

Dirección (# & calle) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telééfono /hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante vive con: Ambos Padres\_\_\_\_\_ Padre\_\_\_\_\_ Madre\_\_\_\_\_\_Guardián\_\_\_\_\_ Padres Adoptivos (Foster) \_\_\_\_\_Otros\_\_\_\_\_\_

 Por favor especifique

Por favor/marcar uno: madre / padre /Guardían Por favor/ marcar uno: madre / padre /Guardián

Nombre-Padre/Guardián\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre-Padre/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección/Hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección/Hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono/Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono/Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono/Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono/Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección/correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección/correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amigo/a o pariente que pueda autorizar la salida del estudiante en caso de que no se pueden localizar a los padres:

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pediatra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** \*\* Permiso / Consentimiento de Medicamentos sin Recetas \*\*:** Asegúrese de marcar cada uno para indicar sus deseos y

 firmar a continuación.

Permiso para recibir/tomar en la escuela cuando sea necesario: Tylenol\_\_\_\_ Ibuprofen\_\_\_\_ TUMS\_\_\_\_ pastillas para la garganta\_\_\_\_

**En caso de emergencia, otorgo permiso para que mi hijo/ hija sea transportado/a, en ambulancia, al MetroWest Medical Center - Framingham Campus para tratamiento. Yo entiendo que voy a ser notificado/a de la emergencia tan pronto como sea posible.**

* **Yo le notificaré a la escuela si hay cambios en la información anterior o en la salud del estudiante.**

Firma de Padres/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Escriba abajo cualquier necesidad médica pertinente para la atención de su hijo/a en la escuela (medicamentos en la escuela y en el hogar, alergias, exenciones religiosas etc. esto se mantendrá confidencial por la enfermera).\***

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS CAJAS QUE SE APLICAN PARA EL ESTUDIANTE, Y SI MARCO SI, POR FAVOR DÉ LOS DETALLES EN LA PARTE POSTERIOR/ATRÁS.

* ADD/ADHD
* Alergias/Comidas/

Ambiente\_

* Ansieda
* Astma
* Autismo/ASD
* Defectos/Nacimiento
* Parálisis Celebral
* Concussión/actual/pasado
* Entreñimiento
* Cystic Fibrosis
* Medicamentos Diarios
* Depresion
* Retraso en el Desarrollo
* Diabetes
* Trastornos Alimentarios
* Convulsiones/Epilépticos
* Anteojos/Lentes/Contacto
* Uso de Audifono
* Problemas de Audición
* Problemas Cardíacos
* Enfermedad Renal
* Enfermeda de Lyme
* Problemas/Salud Mental
* Migrañas
* Neumonia
* Embarazada/Actual/Pasado
* Condición de la Piel
* Probelemas/Sueño/Apnea
* Cirugías
* Tuberculosis
* Symdrome de Tourette
* Difficulades/Visión

Detalles sobre las condiciones médicas del estudiante si marco **SI**, alergias, incluyendo el ambiente, alimentos, o a cualquier medicina. Por favor, también comparta cualquier otra preocupación física o de salud mental que le gustaría que la enfermera tenga en cuenta para poder cuidar de su hijo/estudiante mientras esté en la escuela.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias por tomarse el tiempo para ayudarnos a cuidar de su hijo/hija. Las enfermeras de Keefe Tech

