

Información de Contactos de Emergencia para Estudiantes de Preparatoria

Distrito Escolar Independiente 196
Escuelas Públicas de Rosemount - Apple Valley -
Eagan

Maestro _____ Grado _____

Escuela _____

Apellido del estudiante _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

M F

Series Number 506.2.1.2P Adopted december 1987 Revised december 2015 Title emergency information – Secondary Students

Número de Teléfono _____ Privado Fecha de Nacimiento _____ Correo electrónico: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

Información del padre/tutor

1. (Apellido, nombre) _____ **Código** _____

Número de teléfono _____ Trabajo _____ Celular _____ Proveedor de Servicio Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Correo Electrónico: _____

2. (Apellido, nombre) _____ **Código** _____

Número de teléfono _____ Trabajo _____ Celular _____ Proveedor de Servicio Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Correo Electrónico: _____

Liste **dos** vecinos o familiares que podrán asumir responsabilidad temporera de su estudiante de no poder comunicarnos con usted:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

En caso de una emergencia o enfermedad grave, yo autorizo al Dr. _____ a dar el tratamiento necesario. Se puede comunicar al siguiente número de teléfono _____

Alergias Severas (Ejemplo a las avispas, maní, leche, etc.) _____ **describa** _____

Elegible para asistencia Médica No Sí

Información Médica Actual a ser añadida al archivo de salud. Por ejemplo, las vacunas, enfermedades y cirugías. _____

Condiciones de Salud Crónicas (diabetes, etc.) **y medicamentos actuales(s)** _____

Permiso: La enfermera del Distrito 196 tiene mi permiso de administrar los siguientes medicamentos a mi estudiante:

Sí _____ No _____ acetaminofén (Tylenol genérico)

Sí _____ No _____ Ibuprofeno

Para el padre o tutor:

El bienestar de su hijo es nuestra primera consideración. En caso de una lesión o enfermedad grave del estudiante, se tomarán los siguientes pasos de inmediato: se llamará a la enfermera de la escuela; se llamará al 911, si se considera necesario, y se llamará a usted o, a la persona designada de emergencia en esta tarjeta. Si no logramos localizar a ninguna de las personas mencionadas, el personal de la escuela implementará procedimientos de emergencia para proteger la salud y seguridad de su hijo. Es su responsabilidad hacer los arreglos para el cuidado adecuado en caso de que su hijo se lesione o se enferme demasiado como para quedarse en la escuela cuando usted esté lejos de su hogar. Ha habido casos en los que no hemos podido contactar a los padres o tutores de niños heridos o enfermos porque la información en esta tarjeta estaba incorrecta. Complete esta tarjeta para que podamos mantener nuestros registros actualizados e iniciar la atención de emergencia rápidamente. Esta información es confidencial. Su firma reconoce que esta información se mantendrá tanto en la escuela como en el autobús. Si hay cambios significativos en la salud de su hijo, llame para mantener informada a la enfermera de la escuela de su hijo.

Código (relación al estudiante)

F = Padre G = Tutor

M = Madre X = Estudiante

S = Padrastro GP = Abuelos

P = Padre Adoptivo

O = Otro _____

Administración de medicamentos sin prescripción solo para estudiantes de 7mo a 12mo

Mi estudiante de 7° a 12° grado tiene mi permiso para tomar medicamentos para el alivio del dolor sin receta médica sujeto a las siguientes condiciones:

- Entiendo que el medicamento debe estar en su envase original.
- He determinado que mi estudiante tiene conocimientos sobre la dosis adecuada, el uso y la administración de este medicamento de manera consistente con la etiqueta del envase.
- Entiendo que, si la administración de la escuela determina que se han abusado de estas reglas, la escuela puede revocar este privilegio.
- Entiendo que mi estudiante no puede poseer analgésicos que contengan efedrina o pseudoefedrina.
- Entiendo que mi estudiante no puede compartir este medicamento con otros estudiantes.

X Firma padre/tutor _____ Fecha _____

PRIVACIDAD DE DATOS

En virtud con los Estatutos de Minnesota 13.04, Subd. 2, se le informa a usted que la información suministrada en este formulario puede ser utilizada por el personal de la escuela que tenga la necesidad de saber esta información en caso de una emergencia. Esto puede incluir maestros, directores, enfermeras u otro personal escolar. Usted no está legalmente obligado a proporcionar la información solicitada en este formulario, sin embargo, el hecho de no proporcionar la información solicitada puede inhibir los procedimientos de emergencia. En el caso de una emergencia, la información suministrada en este formulario se puede compartir con otras personas públicas y privadas, incluidos, entre otros, el personal policial, los médicos o paramédicos o las personas de contacto de emergencia que figuran en la lista.

PRP/Procedure/500 Series/506.2.1.3P.indd/District 196 Graphics/12-3-15