

WILLIAM FLOYD SCHOOL DISTRICT

Tarjeta de información médica para casos de emergencia

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y DEVUELTO AL MAESTRO O ENFERMERA DE SU NIÑO INMEDIATAMENTE.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Maestro/a _____ Grado _____

Apellido: _____ Dirección: _____ Teléfono de casa _____

Dirección de correo electrónico: _____ Student ID # _____

Nombres de los adultos en el hogar	Relación con el niño	Empleador / horas de trabajo	Teléfono celular o teléfono de trabajo

Mi hijo PUEDE o NO PUEDE ser entregado al padre que no tiene la custodia. Nombre _____

Las siguientes personas pueden tener permiso para recoger a mi hijo en caso de emergencia si no puedo ser contactado. Entiendo que todos los nombres de liberación de emergencia presentados anteriormente se borrarán cuando se proporcione a la enfermera nueva información.

Nombre	Relación con el niño	Dirección	Teléfono de casa

Todos los estudiantes de los grados K, 1, 3,5, 7 ,9 y 11 y todos los estudiantes nuevos en el distrito deben someterse a un examen físico. Todos los estudiantes que no han presentado un examen físico de un médico privado dentro de los 30 días de comenzar la escuela serán examinados por el médico de la escuela.

Firma del padre

¿Su hijo tiene algún problema médico? _____

Fecha

*** POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DE SU NIÑO SI HAY ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD. ***

Apellido y nombre del niño: _____

1. Nombre del médico del niño: _____ Teléfono del médico: _____

2. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad, lesión o cirugía durante el verano pasado? _____

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

3. ¿Ha recibido su hijo alguna vacuna que aún no haya denunciado? _____

En caso afirmativo, escriba el tipo de inmunizaciones y la fecha en que su hijo recibió las vacunas, y por favor envíe la declaración con la del médico con la firma del médico. _____

4. ¿Su hijo toma algún medicamento? _____

En caso afirmativo, ¿qué tipo de medicamento toma su hijo? _____

5. ¿Su hijo tiene algún problema de audición? _____

6. ¿Su hijo usa anteojos? _____

7. ¿Tiene su hijo alguna alergia? _____

Si es así, anote todas las alergias que su hijo tiene. _____

8. ¿Hay alguna información concerniente a la salud general de su niño que la enfermera de la escuela debe saber? ¿Su hijo tiene alguna restricción? _____

9. ¿Su hijo tiene hermanos en esta escuela o en otras escuelas? _____

En caso afirmativo, anote los nombres de los hermanos de su hijo y la escuela a la que asiste.

Nombre del hermano: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del hermano: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del hermano: _____ Nombre de la escuela: _____