

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DE LA OFICINA DE SALUD DE AMSACS 2022-23

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: 6 7 8 9 10 11 12  
Apellido Primer nombre Segundo nombre completo (no usar iniciales)

Dirección: \_\_\_\_\_ Pueblo/Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico de casa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

Género: M F No binario Idioma principal: \_\_\_\_\_ ¿Su hijo(a) tiene seguro médico?  No\*  Sí

Nombre de la póliza: \_\_\_\_\_ Nro. de póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono celular del estudiante: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_

\*Si usted no tiene seguro de salud, Massachusetts cuenta con planes de seguro de salud que brindan a los niños sin seguro atención médica asequible/gratuita (podrían aplicarse ciertas restricciones). Comuníquese con la enfermería escolar para obtener más información sobre estos programas. Todas las comunicaciones serán confidenciales.

Nombres y grados de los hermanos en el plantel escolar: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia médica, la escuela intentará comunicarse con los representantes/tutores antes de llamar al proveedor de atención primaria (médico) del estudiante. El estudiante transportará en ambulancia a un centro de atención de emergencia si se considera necesario. Favor completar la información del médico.**

Médico del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_ Vacunas colocadas durante este último año: \_\_\_\_\_

Dentista del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última cita \_\_\_\_\_ ¿Su hijo(a) tiene seguro dental?  Sí  No

### INFORMACIÓN DE CONTACTO FAMILIAR DURANTE EL DÍA

#### Contacto principal #1

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Contacto principal #2

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Otro custodio/padrastro/madrastra/tutor:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Indique si su hijo(a) puede entregarse al representante sin custodia en caso de enfermedad y/o emergencia.**

Sí  No

#### Otros contactos

Indique los nombres de amigos/familiares/vecinos que asumirán la responsabilidad y proporcionarán transporte a su hijo(a) en caso de enfermedad/lesión/emergencia/evacuación de la escuela cuando no se pueda localizar a los representantes/tutores. **Su hijo(a) no se entregará a ninguna persona que no aparezca en esta lista.**

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

**FAVOR VOLTEAR LA PÁGINA Y COMPLETAR EL OTRO LADO**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: 6 7 8 9 10 11 12

Autobús  Su representante le recoge  Programa de jornada extendida  Programa después de clases  
 Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Marcar todo lo que aplique**  Ansiedad  Asma  Enfermedad celíaca  
 Problemas cardíacos  Diabetes  Autismo  Trastorno convulsivo  
 Migrañas  Depresión  TDA/TDAH  TOC  Intolerancia a la lactosa  
 Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Alergias/Intolerancia: ¿A qué? (alimentos, insectos, medicamentos, medio ambiente) Especificar \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene una auto-inyectora de epinefrina?  No  Sí Especificar \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene un inhalador de dosis medida?  No  Sí Especificar \_\_\_\_\_

Especifique cualquier medicamento o tratamiento que su hijo(a) necesite o pudiese necesitar durante el horario escolar: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que su hijo(a) toma en casa: \_\_\_\_\_

**Aviso: Los estudiantes no están autorizados por la ley a llevar consigo ningún medicamento, ni de venta libre ni con prescripción médica. Si su hijo(a) tiene una condición médica o toma medicamentos, complete los formularios de medicamentos requeridos y comuníquese con la enfermería escolar, si aún no lo ha hecho.**

Favor indicar problemas con:

Visión  Derecho  Izq.  Anteojos  Contactos  Asiento/puesto preferencial  
 Oído  Derecho  Izq.  Audífonos  Tubos  Asiento/puesto preferencial  
 Dental  Frenillos  Otro \_\_\_\_\_

Habla \_\_\_\_\_

Huesos o articulaciones \_\_\_\_\_  Muscular/Esqueletal \_\_\_\_\_

Gastrointestinal \_\_\_\_\_  Riñón/Urinario \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alguna limitación física?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) necesita algún equipo especial? (andadera, silla de ruedas, etc.)  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha estado hospitalizado(a) durante el último año?  No  Sí \_\_\_\_\_

**Envíe los informes actualizados de vacunas y exámenes físicos directamente a la enfermería escolar a medida que se realicen. Las leyes estatales requieren que los expedientes de salud estén al día para poder asistir a clases. Este formulario debe completarse cada año.**

- Doy permiso a la enfermería escolar para compartir esta información relevante para la condición de salud de mi hijo(a) con el personal escolar apropiado, según sea necesario para cubrir sus necesidades de salud y seguridad.  Sí  No
- Doy permiso para intercambiar información con el médico de atención primaria de mi hijo(a) para efectos de derivación, diagnóstico y tratamiento.  Sí  No
- En caso de accidente o lesión grave y si no se me puede localizar en los números anteriores, por la presente autorizo a la escuela a organizar el transporte de mi hijo(a) a la sala de emergencias del hospital más cercano, para que le atiendan los médicos de turno.  Sí  No

Firma (representante con custodia/tutor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

If you need this information translated, please copy and paste it into Google Translate. The link to Google translate is <http://translate.google.com/>

### **Spanish**

Si necesita que se le traduzca esta información, por favor, copie y pegue en Google Translate. El enlace de Google Translate es <http://translate.google.com/>

### **Portuguese**

Caso precise traduzir esta informação, por favor, copie-a e cole-a no Google Tradutor. O link para o Google Tradutor é <http://translate.google.com/>

### **Chinese**

如果您需要翻译此信息，请将其复制并粘贴到 Google 翻译中。谷歌翻译的链接是 <http://translate.google.com/>

Rúguǒ nín xūyào fānyì cǐ xìnxī, qǐng jiāng qí fùzhì bìng zhāntiē dào Google fānyì zhōng. Gǔgē fānyì de liànjiē shì <http://Translate.Google.Com/>

**Arabic** Google الرابط إلى ترجمة Google. إذا كنت بحاجة إلى ترجمة هذه المعلومات فالرجاء نسخها ولصقها في ترجمة Google هو : <http://translate.google.com/>