

2023-2024 DISTRITO ESCOLAR INDIAN RIVER – TARJETA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE DELAWARE

GRADO: _____ **ID#** _____

MAESTRO: _____

Apellido _____

Nombre _____

Fecha De Nacimiento _____

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR:		Nombre:	
Nombre:		Relación:	
Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:		Licencia de manejo	
Licencia de manejo		Dirección de Casa	
Dirección de Casa		Ciudad, Estado, Zip	
Ciudad, Estado, Zip		Número Alert Now	
Número Alert Now		Número-Casa/Celular	
Número-Casa/Celular		Lugar del Empleo:	
Lugar del Empleo:		# del Trabajo	Ext.
# del Trabajo		Correo Electrónico:	
Correo Electrónico:		Situación de Custodia: (Tiene que tener los papeles de custodia)	
*****FAVOR DE NOTIFICAR LA ESCUELA SI SU NUMERO DE TELEFONO O LA INFORMACION DEL CONTACTO CAMBIA DURANTE EL AÑO*****			

Nombre/Escuela de otros hijos que viven en la casa: _____

SI NO SE PUEDE CONTACTAR A LOS PADRES: LLAME:

1. _____

NOMBRE	RELACION AL ESTUDIANTE	TELEFONO	CELULAR
--------	------------------------	----------	---------

2. _____

NOMBRE	RELACION AL ESTUDIANTE	TELEFONO	CELULAR
--------	------------------------	----------	---------

SEGURO MEDICO: () Sí () No Tipo: _____ MEDICAID () Sí () No Tipo: _____
 Número: _____ Número: _____

Las enfermeras de las escuelas pueden dar los medicamentos recetados y no recetados con el permiso escrito del padre/tutor. Vea el proceso abajo:

1. La enfermera de la escuela tiene que evaluar la queja y los síntomas del niño para determinar si se puede usar otros medios antes del medicamento.
2. Todos los medicamentos tienen que estar traídos a la escuela por el padre o el designado del adulto. Los medicamentos no pueden estar enviados a la escuela en el autobús y tiene que estar en el recipiente/paquete original (Ley de Delaware). No pueden estar con el estudiante durante las horas escolares con la excepción de un formulario anual/completado "permiso para llevar".
3. La enfermera de la escuela mantendrá un archivo del medicamento dado a su hijo.

Favor de tachar sí o no abajo para el medicamento que su hijo está permitido tener durante las horas escolares.

() SI () NO Acetaminofén/Tylenol (dolor.fiebre) () SI () NO Ibuprofeno/Motrin/Advil (dolor/fiebre)
 () SI () NO Antacid (dolor del estómago) () SI () NO **pastillas para tos**/Chloraseptic spray (relieve del dolor de garganta)
 () SI () NO Anbesol/Orajel (dolor de boca) Lista de alergias a otros medicamentos _____

****NOTA:** Las enfermeras usan el lavado antiséptico, el ungüento antibiótico, la crema/loción contra la picazón, crema de hidrocortisona y lavado de ojos para la atención rutinaria de primeros auxilios.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA EN LA ESCUELA

Sus escuelas han adoptado los procedimientos siguientes para cuidar a un estudiante cuando él/ella se pone enfermo o herido en la escuela: En caso de una emergencia que amenaza la vida, la escuela llamará 911 y entonces seguirá los pasos abajo. En caso de otra emergencia y/o la necesidad de atención médica o del hospital:

1. La escuela llamará a la casa. Si nadie contesta,
2. La escuela llamará al lugar del empleo del padre, de la madre o del tutor. Si nadie contesta.
3. La escuela llamará el (los) otro(s) número(s) del teléfono listado(s) y al doctor.
4. Si nadie en las situaciones de arriba contesta, la escuela llamará una ambulancia, si necesario, para llevar al estudiante a una facilidad médica local.
5. Basado en la opinión médica del doctor que atiende, el estudiante puede estar ingresado a una facilidad médica local.
6. La escuela continuará a llamar a los padres, a los tutores o al doctor hasta que se puede comunicar con alguien.

Si no puedo estar contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos, estoy de acuerdo de pagar todos los gastos para transportar y tratar médicamente a este estudiante. También por este motivo autorizo cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento diagnóstico o la administración de anestesia que se puede llevar a cabo basado en la opinión médica del doctor que atiende.

PREFERENCIA DEL HOSPITAL: _____

He leído y comprendo la información en **AMBOS LADOS** de este formulario y comprendo que esta información estará compartida con el personal y la administración en una necesidad de conocimiento a menos de que Usted nos notifique de otra manera.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ **FECHA** _____

