

2021- 2022 INFORMACIÓN DE SALUD Y EMERGENCIA

Fecha de nacimiento _____ Grado/Salón _____
 Nombre del estudiante _____ Autobús # _____
 Nombre de un padre o encargado _____
 Problemas de salud y/o limitaciones _____

ENFERMEDADES

Diabetes/Fecha de Diagnosis _____ Alergias _____
 Ataques Epilépticos _____ Fecha del último episodio _____
 Hipoglucemia/Tratamiento _____
 Asma/medicamentos _____ Que provoca un ataque _____
 Enfermedades graves (especifique) _____
 Información adicional de salud (física o emocional) _____

Médico de cabecera _____ Número de Teléfono _____
 Dentista Actual _____ Número de Teléfono _____
 ¿Usa el estudiante lentes? _____ ¿Lentes de contacto? _____

¿Toma el estudiante algún medicamento? _____ Si su respuesta fue sí, favor de anotar aquí el nombre de cada medicamento y cuándo se administra _____

Es muy **IMPORTANTE** que la escuela tenga varias formas de comunicarse con usted en caso de emergencia. **POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE** si su teléfono ha sido desconectado, ha cambiado su número telefónico o empleo.

Correo electrónico de los padres _____
 Número telefónico en casa _____ Número celular _____
 Nombre del padre, lugar de empleo, número telefónico del lugar de empleo _____
 Nombre de la madre, lugar de empleo, número telefónico del lugar de empleo _____
 Nombre de un pariente, su lugar de empleo, número telefónico de su lugar de empleo _____
 Nombre y número telefónico de un vecino, su lugar de empleo y el número telefónico _____

AUTORIZO A LA ESCUELA A PROVEER ASISTENCIA MÉDICA A MI HIJO EN CASO DE EMERGENCIA O ENFERMEDAD GRAVE.

Firma de un padre o encargado _____ Fecha _____

Si su hijo/a no tiene seguro de salud, ¿estaría usted interesado en conocer más sobre ARKids First (ARNiños Primero), un seguro de salud del estado libre de costos para niños elegibles menores de 19 años de edad? **SÍ** **NO**

Estimado padre o encargado- Esto es para notificar que puede ser que el Distrito provea información personal de la evaluación de la vista y el oído de su estudiante a una agencia con fines de facturación a Medicaid si usted ha provisto su consentimiento. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento.