

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W Gages Lake Road, Gages Lake, Illinois 60030 847-548-8470 FAX 847-548-8472 VP 224-207-8476 www.sedol.us

DE EMERGENCIA DEL AÑO ESCOLARFAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE Y REGRESAR EL PRIMER DÍA DE ESCUELA
SEDOL compartirá esta información con la compañía de transportación de su niño(a)

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| Nombre del estudiante: _____ | Maestro(a) _____ | ID# _____ |
| Dirección: _____ | Fecha de nacimiento: _____ | Distrito de Residencia: _____ |
| Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código Postal: _____ |
| Teléfono: _____ | Escuela: _____ | |
| Teléfono de Guardería Infantil: _____ | Programa: _____ | |
| | Alerta ahora: _____ | |
| Padre/Tutor: _____ | Padre/Tutor: _____ | |
| Nombre: _____ | Nombre: _____ | |
| Teléfono Celular: _____ | Teléfono Celular: _____ | |
| Nombre del Empleo: _____ | Nombre del Empleo: _____ | |
| Teléfono del Empleo: _____ | Teléfono del Empleo: _____ | |
| Relación con el estudiante: _____ | Relación con el estudiante: _____ | |
| Correo electrónico: _____ | Correo electrónico: _____ | |

SI LA ESCUELA NECESITA ESTAR INFORMADO DE CUALQUIER ARREGLO DE CUSTODIA DEBIDO A UN DIVORCIO O OTROS ARREGLOS, MANDE UNA COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA CORTE CON ESTA FORMA DE EMERGENCIA.

INFORMACIÓN MÉDICA:

| | | |
|---|------------------------|-----------------------------|
| Médico de la Familia: _____ | Teléfono: _____ | Fax: _____ |
| Dirección: _____ | Ciudad: _____ | Código Postal: _____ |
| Convulsiones: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Contesta Sí, qué tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____ | | |
| Alergias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contesta Sí, anote las alergias: _____ | | |
| Describa la reacción: _____ | | |
| Derivación: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Localización: _____ Última Revisión: _____ | | |
| ¿Algunas cirugías en los últimos 12 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí contesta Sí, por favor explique: _____ | | |
| ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí contesta Sí, por favor explique: _____ | | |
| ¿Su niño(a) toma medicina de rutina en casa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí contesta Sí, por favor anote: _____ | | |
| ¿Qué medicina se da en la escuela? _____ | | |
| Comentarios: _____ | | |

Estado de Vacunación COVID-19

Las personas se consideran "completamente vacunadas" dos semanas después de completar la segunda dosis de una vacuna COVID-19 de dos dosis. (por ejemplo, Pfizer o Moderna)

My hijo ha recibido ambas dosis de la vacuna COVID-19 y se considera que está completamente vacunado: SI NO

Proporcione las 2 fechas en las que se administraron las vacunas: _____ y _____

OTROS PERSONAS AUTORIZADAS (TRES NOMBRES DIFERENTES)**POR FAVOR ANOTE A UNA PERSONA RESPONSABLE** quien podría recoger a su niño(a) de la escuela en caso de enfermedad. Si los padres anotados anteriormente no se puedan localizar:Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

POR FAVOR ANOTE A UNA PERSONA RESPONSABLE quien podría tomar una decisión a cerca de su niño(a) en caso de una emergencia cuando ninguno de los padres o médico se puedan localizar:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

DIRECCIÓN DE EMERGENCIA CERCA DE SU CASA donde su niño(a) se pueda quedar cuando los padres no se encuentren en casa:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO LOS PASOS DE EMERGENCIA ANTERIORES EN CASO DE QUE SEA NECESARIO UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA. POR LA PRESENTE DOY PERMISO PARA QUE SE LLEVE A MI HIJO(A) AL MÉDICO O HOSPITAL MÁS CERCANO Y ACEPTO PAGAR TODAS LAS TARIFAS EN RELACIÓN CON DICHO TRATAMIENTO O SERVICIO.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

INFORMACION MEDICA (Cont.)

Medicamentos – En Casa:

| Nombre de Medicamento: | Dosis: | Hora: |
|------------------------|--------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medicamentos – En la Escuela:

| Nombre de Medicamento: | Dosis: | Hora: |
|------------------------|--------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PREGUNTAS GENERALES – Su estudiante a experimentado alguna vez lo siguiente:

| | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| ¿Convulsiones? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Equipo Ortopédico? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tratamiento crónico o recurrente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Problema de la piel? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Lesión que requiere tratamiento medico? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Diabetes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Hospitalizaciones? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Asma? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Surgías? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Diarrea / estreñimiento? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Derivación? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Incontinencia? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Revisión de la derivación? (Tipo & Fecha a continuació | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Menstruación dolorosa / anormal? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolores de cabeza frecuentes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Trastorno Alimentario? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Lesión craneal? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Depresión? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Inconsciente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Ansiedad? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa lentes o contactos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Trastorno Emocional? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa aparato auditivo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Trastorno Bipolar? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Infecciones de oído frecuentes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Ataques de pánico? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Mareos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Psicosis? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolor de pecho? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Trastorno de tic? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Alta presión? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Autismo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Soplo cardiaco? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Comportamiento Compulsivo Obsesivo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolor de espalda? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Otro? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Problemas con las articulaciones? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Otro? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Inestabilidad Atlanto-Axial? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Otro? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Trastorno renal? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Otro? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Expliqué todas las respuestas de Si:

INFORMACION DE EMERGENCIA MÉDICA PARA CONDUCTOR DE AUTOBUS

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____

APODO: _____

FECHA: _____

COLOQUE UNA
FOTO
ACTUAL DEL
NINO(A)
AQUI

TIPO DE ASIENTO: (marque uno)

- Asiento de Carro Cinturón de Seguridad Chaleco de Seguridad (amés)
- Silla de Ruedas Silla Booster

Precauciones de Levantar/Manejo (si hay): _____

LENGUAJE/ESCUCHAR/VISION:

Lenguaje Primario _____

- Se Comunica/Entiende Palabras Habladas Impedimento de Vista/Ciego
- No-Verbal Pero Entiende Palabras Habladas No-Verbal, Utiliza Fotos
- Impedimento De Oído Y/O Usa El lenguaje De Signos No-Verbal, Usa Gestos
- Cuida Las Expresiones Del Niño(a)

COMPORTAMIENTO QUE PUEDE DEMOSTRAR EL NIÑO(A):

Comportamientos que el conductor puede encontrar y a los que deba responder, como patear, llorar, golpearse la cabeza, etc.

RESPUESTA SUGERIDA A LOS COMPORTAMIENTOS:

Que puede hacer el conductor para reducir el comportamiento como: ignorarlo, hablar en una manera calmada, etc.

LAS SIGUIENTES COSAS PUEDEN OCURRIR DURANTE LA TRANSPORTACION QUE PUEDA ASUSTAR O MOLESTARLE A MI NIÑO(A):

LOS CONDUCTORES DEBEN TRATAR DE ASEGURAR/CALMAR AL ESTUDIANTE DE LA SIGUIENTE MANERA:

(Esto puede incluir cantar, hablar bajo, cambiar el asiento asignado, etc.)

ARREGLOS PARA EL CUIDADO INFANTIL: (Nombre y dirección de la proveedora(s), favor de indicar días, horarios y ubicaciones)

¿Si su estudiante tiene 12 años o más, puede el estudiante ser dejado en casa sin que esté presente un padre? SI NO

POR FAVOR DE DESCRIBIR ALGUNA OTRA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:

NOMBRE/TELEFONO DEL MEDICO: (Quien tiene más información sobre esta condición)