



**NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA: Responda a todas las preguntas a continuación o encierre en un círculo N/A si no se aplica a su hijo.**

Para todo niño con necesidades de atención médica tales como alergias, asma u otras condiciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se deberá adjuntar a la solicitud un plan de acción médica. El plan de acción médica debe ser completado por los padres o el profesional de la salud del niño.

1. ¿Tiene su hijo un Plan de Acción Médica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, proporcione una copia.

2. Enumere cualquier alergia y los síntomas y el tipo de respuesta requerida para las reacciones alérgicas.  
\_\_\_\_\_ o circule N/A

3. Enumere cualquier necesidad o inquietud de atención médica, síntomas y tipo de respuesta para estas necesidades o inquietudes de atención médica.  
\_\_\_\_\_ o circule N/A

4. Haga una lista de los miedos particulares o las características únicas de comportamiento que tiene el niño.  
\_\_\_\_\_ o circule N/A

5. Enumere cualquier tipo de medicamento que se toma para las necesidades de atención médica.  
\_\_\_\_\_ o circule N/A

6. Comparta cualquier otra información que tenga una relación directa con la garantía de un tratamiento médico seguro para su hijo.  
\_\_\_\_\_ o circule N/A ¿Tiene

el niño un IEP o 504? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

**Información de emergencia:**

Nombre del profesional de la salud que atiende al niño \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, los niños serán transportados al Outer Banks Hospital en Nags Head en 4800 S. Croatan Hwy., Nags Head, NC 27959, número de teléfono 252-449-4500. Si su hijo suele ser visto en otro hospital y tiene información médica vital archivada allí, indique la información del hospital y de contacto a continuación.** Nombre de Otro Hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorización para buscar atención médica de emergencia:**

Yo, como padre/tutor, autorizo al Programa de Enriquecimiento Extracurricular de las Escuelas del Condado de Dare a obtener atención médica para mi hijo en caso de emergencia.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma de Recepción de Documentos Requeridos para Inscripción en el Programa ASEP:** Reconozco con mi firma a continuación que he recibido los siguientes documentos de inscripción para los programas de enriquecimiento después de la escuela de las escuelas del condado de Dare, y que han sido revisados conmigo. (Todos los documentos están disponibles en [www.daretolearn.org](http://www.daretolearn.org) y disponible en versión impresa a pedido). **Manual para padres (incluye Plan de participación de los padres), Política de disciplina, Resumen de la ley de cuidado infantil de Carolina del Norte, Restricciones para fumar y tabaco**

\*Doy permiso para que mi hijo asista a actividades fuera de las instalaciones que no requieren transporte. ASEP me avisará de estos viajes con una semana de anticipación. En cualquier momento, puedo negar la participación de mi hijo en estas actividades.

**Política de retrasos en la recogida:**

El horario de atención es hasta las 5:30 p.m. En caso de tardanza, reconozco con mi firma a continuación que se me puede cobrar un cargo por demora. También reconozco que mi hijo puede ser expulsado del programa debido a tardanzas frecuentes.

Nombre impreso del padre/tutor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

----- \*El informe médico y los registros de vacunas de este estudiante están archivados en la oficina de la escuela.