

INFORMACIÓN ESPECIAL MÉDICA /EMERGENCIAS

Estudiante: _____
Apellido Primer nombre Segundo Nombre

Maestro (a): _____
Localidad: _____
Programa: _____
Nombre del doctor/pediatra del niño (a): _____

Dirección _____
Fecha de nacimiento: _____
Dentista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Por favor liste cualquier alergia que tenga su niño (a) (incluya la medicación que se usa):

Convulsiones Si ☐ No ☐ Tipo: _____

¿Hay condiciones de discapacidad (incluya problemas de la visión y/o problemas de la audición)? Si ☐ No ☐

Severidad _____

Tipo _____

¿Necesita el niño (a) ser transportado con silla de ruedas, bandas inmovilizadoras, muletas, andador, o aparato protésico?

No ☐ Si ☐ Tipo _____ Si requiere silla de ruedas: Marca _____ Modelo _____

¿Ha sufrido su niño (a) de alguna operación o enfermedad o herida seria?

☐ Si ☐ No ☐ Explicar: _____

(Use papel adicional si necesita más espacio)

Uso para oficina solamente

ALTO RIESGO Si No

¿Recibe su niño (a) alguna medicación prescrita por médico? ☐ Si ☐ No

Tipo _____ Propósito _____

¿Deberá su niño (a) recibir esta medicación durante las horas de clase? ☐ Si ☐ No

(Si contesta si, el reporte de médico debe ser llenado por el médico y firmado por usted antes de la administración de la medicación prescrita. No se podrá administrar ninguna medicación sin receta médica (aspirina, jarabe para la tos, etc.) sin la orden específica del médico. Si la medicación cambia, se deberá llenar una nueva orden médica. Toda medicación traída a la escuela deberá estar rotulada apropiadamente con el nombre de la medicación y la dosis prescrita.

Información de Alto Riesgo: Descripción de la condición médica que pueda presentar un problema para la maestra en el salón de clases o para el conductor de bus escolar:

INFORMACIÓN ESPECIAL MÉDICA /EMERGENCIAS

Estudiante: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

- | | | | |
|----|-------|-----------|-----------------------|
| 1. | Padre | Dirección | (Teléfono de trabajo) |
| 2. | Madre | Dirección | (Teléfono de trabajo) |
| 3. | Padre | Dirección | (Teléfono de trabajo) |

En caso de una emergencia en la escuela (nevada, fallo de equipo) y que no haya nadie en su casa cuando el niño (a) retorne a casa, indique dos personas que podrán recibir a su niño (a):

- | | | | |
|----|--------|-----------|----------|
| 1. | Nombre | Dirección | Teléfono |
| 2. | Nombre | Dirección | Teléfono |

Autorizo que mi niño (a) puede ser dejado solo en la casa cuando haya sido retornado de la escuela Si ☐ No ☐

En caso de una emergencia médica, usted será notificado. Sin embargo, si no podemos contactarnos con usted, requerimos el permiso para lo siguiente:

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| (1) Uso de antisépticos | Si ☐ | No ☐ |
| (2) Notificación del médico disponible si es necesario
Doctor _____ | Si ☐
Teléfono _____ | No ☐ |
| (3) Transporte de su niño (a) al hospital | Si ☐ | No ☐ |
| (4) Nombre del hospital _____ | | |

Por la presente autorizo las medicaciones enlistadas arriba a ser administradas a mi niño (a) por el/la maestra del salón de clases, por la enfermera escolar (o en ciertas situaciones de emergencia por el conductor de bus) si está disponible. Acordamos exonerar a dicho empleado de toda responsabilidad en conexión con la administración del medicamento y de los servicios médicos provistos y en la manera especificada por el médico.

Por la presente otorgo el consentimiento para que mi hijo (a) reciba el tratamiento médico de emergencia y asumiré toda responsabilidad por cualquier costo asociado con este tratamiento.

Firma de los padres

Fecha