

**Formulario de Información Confidencial de Emergencia Para
Estudiantes de las Escuelas Públicas de Brockton**

(Se debe completar toda la información, sin espacios en blanco)

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____
Aula/Maestro de Aula _____ **Número de Identificación del Estudiante/Almuerzo:** _____ **Casa de (BHS):** _____
Dirección de Casa/Ciudad: _____

1. Padre/Tutor: _____ **Relación con el Estudiante** _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

2. Padre/Tutor: _____ **Relación con el Estudiante** _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

3. Contacto de Emergencia Adicional (local si es posible)

1. Contacto: _____ **Teléfono de casa:** _____ **Teléfono celular:** _____ **Teléfono de trabajo:** _____

2. Contacto: _____ **Teléfono de casa:** _____ **Teléfono celular:** _____ **Teléfono de trabajo:** _____

**** Indique si existen restricciones de los padres (orden de restricción actual):**

Las Regulaciones del Estado de Massachusetts 102 CMR 7.07, 105 CMR 220 y CMR 200 requieren que todos los estudiantes de Pre-K-12 estén completamente vacunados y se sometan a un examen físico al ingresar a la escuela y cada 3 años a partir de entonces. Por favor proporcione la información requerida a la enfermera de su escuela.

Condiciones Médicas o de Salud Mental/Alergias: (Si no hay condiciones médicas/de salud mental, escriba N/A)

Condiciones:

Alergias:

Dispositivos/Equipos de Asistencia:

Medicamentos (se administran en casa y los que se deben administrar en la escuela)

Proveedor de Atención Primaria: (No lo deje en blanco, si no hay un proveedor de atención primaria escriba N/A)

Nombre del Proveedor: _____ **Número de Teléfono del Proveedor:** _____

Dirección del Proveedor:

Seguro Médico: (No lo deje en blanco, si no hay seguro, escriba N/A)

Proveedor de Seguro: _____ **Número de Póliza de Seguro** _____

Notifique a la enfermera de la escuela si necesita ayuda para obtener un Proveedor de Atención Primaria o un Seguro Médico

ACUERDOS DE LIBERACIÓN: Visite: bpsma.org/departments/health-services; para revisar los siguientes documentos en su totalidad: Información Compartida de la Enfermera, Órdenes Permanentes del Médico; Medicamentos/Tratamientos Recetados, Acuerdo de Mass Health (resumen en la contraportada)

INFORMACIÓN COMPARTIDA DE LA ENFERMERA

Doy permiso para que la Enfermera de la Escuela comparta información médica con el personal escolar apropiado y se comuniquen con el médico de mi hijo cuando sea necesario. **(POR FAVOR LEA)**

ÓRDENES PERMANENTES:

Doy permiso para que la Enfermera de la Escuela administre los siguientes medicamentos recetados por el médico de las Escuelas Públicas de Brockton:

- | | |
|--|---------------|
| 1. Tylenol para el dolor o la fiebre | ___ Sí ___ No |
| 2. Crema o ungüento de Cortisona para erupciones | ___ Sí ___ No |
| 3. Benadryl para signos y síntomas de picazón/alergia | ___ Sí ___ No |
| 4. Crema Triple Antibiótica para cortes y abrasiones menores | ___ Sí ___ No |
| 5. Protector solar mínimo de 15 SPF (proporcionado por los padres) | ___ Sí ___ No |
| 6. EpiPen para anafilaxia desconocida | ___ Sí ___ No |
| 7. Anbesol Oral para el dolor de boca/dientes | ___ Sí ___ No |
| 8. Sulfato de Albuterol para el asma | ___ Sí ___ No |
| 9. Tums para dolores de estómago y/o acidez de estómago | ___ Sí ___ No |
| 10. Narcan para sobredosis de drogas | ___ Sí ___ No |

MEDICAMENTOS/TRATAMIENTOS RECETADOS

Doy permiso para que la Enfermera de la Escuela administre cualquier medicamento o tratamiento recetado por un médico/proveedor médico para el cual se haya recibido una orden oficial.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DE MASSHEALTH (MEDICAID) (Este es un Resumen)

El distrito escolar le solicita permiso/consentimiento para compartir información sobre su(s) hijo(s) con MassHealth (**Acuerdo de Mass Health**). La información que compartiremos es ID de MassHealth, nombre, fecha de nacimiento, sexo, tipo de servicios brindados, cuándo se proporcionó el servicio, y por quién.

Los Distritos Escolares de Massachusetts han sido aprobados para recibir un reembolso parcial de MassHealth por los costos de los servicios relacionados con la salud proporcionados por el distrito escolar a su(s) hijo(s).

Con su permiso, el distrito escolar podrá solicitar un reembolso parcial por los servicios proporcionados por MassHealth.

El distrito escolar no puede compartir con MassHealth información sobre su hijo sin su permiso.

1. El distrito escolar no puede exigirle que se registre en MassHealth para que su hijo reciba los servicios relacionados con la salud y/o de educación especial a los que tiene derecho.

2. El distrito escolar no puede exigirle que pague nada por el costo de los servicios de educación especial y/o relacionados con la salud de su hijo. El distrito escolar no puede exigirle que pague un copago o un deducible para poder cobrar a MassHealth por los servicios prestados.

3. Si le da permiso al distrito escolar para compartir información y solicitar un reembolso a MassHealth:

- Esto no afectará la cobertura de por vida disponible de su hijo ni otros beneficios de MassHealth fuera de la escuela.
- Su permiso no afectará los servicios de educación especial de su hijo ni los derechos del IEP.
- Su permiso no dará lugar a ningún cambio en los derechos de MassHealth de su hijo.
- Su permiso no generará ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid o MassHealth.

Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar su permiso en cualquier momento (CONSULTE EL DOCUMENTO COMPLETO EN EL SITIO WEB DE BPS): www.bpsma.org/departments/health-services: Acuerdos de Liberación

___ He leído y revisado los siguientes acuerdos de liberación y doy permiso para lo siguiente: **(Se debe responder Sí o No)**

<u>Información Compartida de la Enfermera:</u>	___ Sí	___ No
<u>Órdenes Permanentes:(Vea Arriba)</u>	___ Sí	___ No
<u>Medicamentos/Tratamientos Recetados:</u>	___ Sí	___ No
<u>Acuerdo de Mass Health:</u>	___ Sí	___ No

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: