



Eastern Suffolk BOCES
 Servicios Educativos
 750 Waverly Avenue
 Holtsville, NY 11742

LA HISTORIA ANUAL DE SALUD – FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCION DEL ESTUDIANTE:	# DE TELEFONO DE CASA:	
TELEFONO DE TRABAJO DE PADRE/PERSONA CON RELACION PATERNAL:		
Nombre:	Relacion:	
# de telefono:	# de telefono celular	
LA PERSONA DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:		
Nombre:	Relacion:	# de telefono:
Nombre:	Relacion:	# de telefono:

Alergias Conocidas: _____

Las condiciones Cronicas: _____

Las heridas Graves, las enfermedades, las cirugias o hospitalizations: _____
 (Lista los medicamentos adicionales en una hoja de papel con el nombre del estudiante en la parte superior.)

Una historia de ataques: Si _____ No _____ Fecha de ultimo ataque: _____

Una historia del asma: Si _____ No _____ Fecha de ultimo disparo de tetano: _____

Anteojos: Si _____ No _____ Otro: _____

El estudiante toma la medicina siguiente en casa y en la escuela. (Liste las medicinas adicionales en la espalda de esta forma.)

(1) _____ la Dosis _____ Tiempo(s) _____

(2) _____ la Dosis _____ Tiempo(s) _____

(3) _____ la Dosis _____ Tiempo(s) _____

Yo doy mi consentimiento a tener a mi niño, _____, examinado y tratado, si indicado, en la mas cercana sala de emergencia en caso de la herida o la enfermedad que pueden ocurrir durante horas de escuela mientras el/ella es un estudiante en Eastern Suffolk BOCES.

La enfermera de la escuela tiene permiso para llamar el medico de estudiante en tiempo. Esta informacion puede ser compartida con esas personas implicadas con el cuidado de mi niño.

Firma de Padre/Persona con relación paternal: _____

Fecha: _____