

WCASD (DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE WEST CHESTER) - TARJETA MÉDICA PARA EMERGENCIAS

# de Identificación del Estudiante	Apellido	Nombre	Inicial	Número de Teléfono	Grado	Homeroom	Día de Nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Información de los Padres o Tutores:

Parentesco:	Apellido:	Nombre:	Dirección:	Número de Teléfono:	¿Vive con él/ella?
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre de la Empresa:	Número de Teléfono:	Número de Teléfono Alternativo:	Email		
_____	_____	_____	_____		
Parentesco:	Apellido:	Nombre:	Dirección:	Número de Teléfono:	¿Vive con él/ella?
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre de la Empresa:	Número de Teléfono:	Número de Teléfono Alternativo:	Email		
_____	_____	_____	_____		

SI LOS PADRES O EL TUTOR NO SE PUEDEN HALLAR, CONTACTE A:

Parentesco:	NOMBRE:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Número de Teléfono:
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Parentesco:	NOMBRE:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Número de Teléfono:
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Médico	Dentista	Ortodontista	Especialista
_____	_____	_____	_____
# de Teléfono del Médico	# de Teléfono del Dentista	# de Teléfono del Ortodontista	# de Teléfono del Especialista
_____	_____	_____	_____

Número para llamar en caso de que la escuela cierre: (SOLAMENTE UN número directo- no extensiones): _____

Nombre y escuela de los hermanos que asisten al WCASD: _____

Por favor note un nuevo procedimiento- Todos los medicamentos que no son de receta médica y los de receta médica para ser administrados deben tener ambos una nota firmada por el doctor y una nota del padre o madre. Los medicamentos tienen que estar en el envase original con su etiqueta original. Si son de receta, tienen que tener el nombre del alumno al que se le va a dar. Las enfermeras de WCASD ya tienen órdenes permanentes del doctor para dar lo siguiente: Tylenol, Advil, Benadryl (Benadrilina) y Tums (antiácidos). Ud. puede darnos permiso por escrito ahora para darle a su estudiante estos medicamentos cuando nosotros decidamos que sean necesarios, por favor escriba "yes" para "sí" o "no" al lado de cada una de estas cuatro medicinas.

¿Tylenol? _____ **¿Advil?** _____ **¿Benadryl?** _____ **¿Antiácido?** _____
 Tylenol se administrará si la temperatura excede 100 grados solamente a pedido de los padres o el tutor. Benadryl será administrado sólo cuando hay reacciones alérgicas.

Marque con un círculo la enfermedad:

ADD/ADHD	ASMA		ALERGIAS: _____
CARDIOVASCULAR	DIABETES	GASTROINTESTINAL	ALIMENTOS _____
MIGRAÑA		ORTOPÉDICA	MEDICAMENTOS _____
ATAQUES(convulsivos)			INSECTOS _____
OTRO			MEDIO AMBIENTE _____

¿Está tomando el alumno algún medicamento en el hogar o en la escuela? Medicamentos: _____
¿Ha estado el alumno internado en un hospital el año pasado? Explique: _____

AUTORIZACIÓN PARA QUE EL MENOR RECIBA TRATAMIENTO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El suscrito es padre, madre o tutor legal del menor cuyo nombre consta arriba. 2. Esta autorización se otorga para emplear en caso de que el menor cuyo nombre consta arriba necesite recibir tratamiento de emergencia, cuando ni el suscrito, ni los parientes o amistades identificados (arriba), ni el médico (identificado arriba) puedan ser consultados para otorgar su consentimiento para el mencionado tratamiento. 3. El suscrito autoriza al WCASD a solicitar tratamiento médico de proveedores de tal tratamiento, en el lugar del servicio de emergencia, cuando el WCASD determine que ese tratamiento es necesario para el menor cuyo nombre consta arriba. | <ol style="list-style-type: none"> 4. El suscrito autoriza a amistades, parientes y médicos identificados arriba a autorizar la administración del tratamiento médico de emergencia al menor cuyo nombre consta arriba cuando el suscrito no pueda ser hallado. 5. Por la presente, el suscrito autoriza a los médicos de los departamentos de servicios de emergencia de la persona designada (que debe ser un médico certificado) a realizar en el menor cuyo nombre consta arriba los tratamientos o procedimientos de emergencia que consideren apropiados, siempre que se solicite primero mi consentimiento o el consentimiento del médico, los amigos o los parientes identificados arriba, a menos que el médico considere que la demora en la comunicación con esa persona es imprudente bajo las circunstancias. |
|---|--|

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR _____ **FECHA** _____