

INFORMACIÓN DE URGENCIA

Para brindar atención inmediata y segura a su hijo/a y cumplir sus deseos en caso de una lesión o enfermedad en la escuela, requerimos la siguiente información. Por favor llene completamente e imprima.

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Apellido del estudiante en letras de molde: _____

Nombre del estudiante: _____ Cumpleaños: _____ Año en que gradúe: _____
Apellido Primer Inicial del segundo

Dirección de la casa: _____ Teléfono principal: _____
Calle Ciudad CP

Vive con: Padres Madre sola Madre/padrastro Guardián Padre solo Padre/madrastra

Otro: _____

Nombre de padre/madre/guardián 1: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de padre/madre/guardián 2: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

Idioma principal en la casa : Inglés Español Otro: _____

Guardería (si tiene): _____ Teléfono: _____

Complete lo siguiente si el estudiante tiene un padre/madre sin custodia que pueda tomar decisiones de emergencia para el estudiante y recibir copias de los registros que involucran a este estudiante, incluyendo boletines, informes de calificaciones, correspondencia, etc.

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Dirección de la casa: _____ Teléfono principal: _____
Calle Ciudad CP

Nombre de padre/madre/guardián 1: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de padre/madre/guardián 2: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

Además del padre/tutor, si no podemos localizarlo, la escuela puede llamar y entregar a su hijo/a a cualquiera de las siguientes personas:

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Nombre 1: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Tel del trabajo : _____ Celular: _____

Nombre 2: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Tel del trabajo : _____ Celular: _____

Nombre 3: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Tel del trabajo : _____ Celular: _____

Por favor anote la información de todos los estudiantes inscritos en el Distrito Escolar de Snohomish este año. (Anote primero los estudiantes de esta escuela).

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Apellido	Primer nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma de padre/madre o guardián legal: _____ Fecha: _____

(Apellido/Nombre): _____ Fecha de Nacimiento: _____ M F Grade: _____ # de ID: _____
Nombre del Estudiante

Esta información es necesaria para planear un programa apropiado para su estudiante y para estar preparados para cualquier situación de emergencia en caso de que suceda. *La ley del Estado de Washington requiere que las **CONDICIONES DE AMENAZA-A LA VIDA** tales como **ANAFILAXIA, DIABETES, CONVULSIONES o ASMA** tengan un plan de salud completo antes del primer día de escuela. Por favor contacte a la enfermera de la escuela lo antes posible para asegurarse que todos los documentos estén completos.

Condiciones congénitas/genéticas

- AG Otros _____
- AJ Trastorno del espectro alcohólico feta _____

Hematología (Sangre)

- BB *Hemofilia _____
- BC Anemia Falciforme _____
- BD Otras condiciones de la Sangre _____

Condiciones cardiovasculares / cardíacas

- CG Otros _____

Endocrino, Alergia, Sistema Inmunológico, Metabólico, y Nutricional

- EB Otras Alergias _____
- ED Alergias de alimentos _____
- EE Alergias de insectos _____
- EG *Condición Anafiláctica (EpiPen) _____
- EJ Fibrosis Quística _____
- EK/L *Diabetes Tipo 1 *Diabetes Tipo 2
- EM Alergias a Medicamento(s) _____
- EN Trastorno Alimenticia _____
- EO Otro Trastorno Endocrino, Inmune o Metabólico _____
- EU Trastorno de la Tiroides _____

Condiciones Gastrointestinales, Dentales y Orales

- GA/J/K Enfermedad Celíaca Crohn's Intestino Irritable
- GD Cnodición Dental _____
- GG Intolerancia a la comida _____
- GH/L Gastroesophageal Reflux Intolerancia a la Lactosa
- GI Otros _____
- GM Enfermedad del Hígado _____
- GN Condición Oral _____

Tejido musculoesquelético y conectivo

- MB Otros _____
- MC Artritis reumatoide juvenil _____
- MD Distrofia Muscular _____
- MF Osgood-Schlatter _____
- MH Escoliosis _____

Piel y Tejido Subcutáneo

- SB Detmatitis de Contacto(Eccema) _____
- SH Otros _____

Se necesita medicamento en casa? No Sí Por favor enumere: _____

Se necesita medicamento en la escuela? No Sí Por favor enumere: _____

Hospital de preferencia: _____

Historial Médico (Señale todas las opciones que apliquen) o No existen preocupaciones de salud en estos momentos (por favor firme al final).

Si el padre/tutor o el contacto de emergencia autorizado no pueden ser contactados en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares. Autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más accesible. Entiendo que asumiré responsabilidad total por el pago de cualquier servicio prestado. Entiendo que la información dada anteriormente se compartirá con el personal escolar apropiado que necesita saber para proporcionar la salud y la seguridad de mi estudiante. Yo otorgo mi permiso para que el personal del Distrito escolar de Snohomish obtenga y meta las fechas de las vacunas en el WAIS para mantener el archivo de vacunas de mi estudiante.

Fecha: _____ Firma del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Sistema Nervioso

- ADHD-Inatento ADHD-Hperactividad/Impulsividad
- NB ADHD-Combinado, Diagnosticado el día _____
- NC Desorden del Espectro Autismo _____
- ND Condición del sistema nervioso central Otro _____
- NE Parálisis Cerebral _____
- NF La discapacidad del desarrollo _____
- NH/I/J Migrañas Dolores de Cabeza Derivación
- NN Paralisis _____
- NP *Transtorno Convulsivo _____
- NQ Cnodición Sensorial _____
- NS Espina Bífidaa _____
- NT Lesión de la Médula Espinal _____
- NU Lesión Cerebral Traumática _____

Condiciones de la salud del Comportamiento

- PA Ansiedad _____
- PC Depresión _____
- PH Desorden del sueño _____
- PI Síndrome de Tourette _____
- PJ Otros _____

Respiratorio

- RA Brocoespasmo inducido por ejercicio *Inhalador
- RE Enfermedad reactiva de las vías respiratorias _____
- RF Otros _____
- RG *Asma – actual *Inhalador
- RH Asma – Diagnosticado por siempre

Neoplasias (Cáncer/Tumores)

- TI Otros _____

Renal y Genitourinario

- UB Infección Crónica del Tracto Urinario _____
- UC Dismenorrea (periodos menstruales dolorosos) _____
- UD Condición genito-urinaria otro _____
- UH Condición renal otro _____

Ojo y Oído

- YB Discapacidad Auditiva _____
- YA/YC Infecciones Crónicas del Oído Infección del Oído _____
- YD Discapacidad Visual _____
- YE Condición de la Vista _____
- YF Usa lentes _____ última evaluación de la vista: _____