

2025/2026 DISTRITO ESCOLAR INDIAN RIVER – TARJETA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA  
DE DELAWARE

GRADO: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

MAESTRO: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR:		Nombre:
Nombre:		
Relación:		Relación:
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:
Licencia de manejo		Licencia de manejo
Dirección de Casa		Dirección de Casa
Ciudad, Estado, Zip		Ciudad, Estado, Zip
Número Alert Now		Número Alert Now
Número-Casa/Celular		Número-Casa/Celular
Lugar del Empleo:		Lugar del Empleo:
# del Trabajo		# del Trabajo
Correo Electrónico:		Correo Electrónico: Ext.
Situación de Custodia: (Tiene que tener los papeles de custodia)		
*****FAVOR DE NOTIFICAR LA ESCUELA SI SU NUMERO DE TELEFONO O LA INFORMACION DEL CONTACTO CAMBIA DURANTE EL AÑO*****		

Nombre/Escuela de otros hijos que viven en la casa: \_\_\_\_\_

SI NO SE PUEDE CONTACTAR A LOS PADRES: LLAME:

1. \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION AL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION AL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

SEGURO MEDICO: ( ) Sí ( ) No Tipo: \_\_\_\_\_ MEDICAID ( ) Sí ( ) No Tipo: \_\_\_\_\_  
 Número: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Las enfermeras de las escuelas pueden dar los medicamentos recetados y no recetados con el permiso escrito del padre/tutor. Vea el proceso abajo:

1. La enfermera de la escuela tiene que evaluar la queja y los síntomas del niño para determinar si se puede usar otros medios antes del medicamento.
2. Todos los medicamentos tienen que estar traídos a la escuela por el padre o el designado del adulto. Los medicamentos no pueden estar enviados a la escuela en el autobús y tiene que estar en el recipiente/paquete original (Ley de Delaware). No pueden estar con el estudiante durante las horas escolares con la excepción de un formulario anual/completado "permiso para llevar".
3. La enfermera de la escuela mantendrá un archivo del medicamento dado a su hijo.

Favor de tachar sí o no abajo para el medicamento que su hijo está permitido tener durante las horas escolares.

( ) SI ( ) NO Acetaminofén/Tylenol (dolor/fiebre) ( ) SI ( ) NO Ibuprofeno/Motrin/Advil (dolor/fiebre)  
 ( ) SI ( ) NO Antacid (dolor del estómago) ( ) SI ( ) NO pastillas para tos/Chloraseptic spray (relieve del dolor de garganta)  
 ( ) SI ( ) NO Anbesol/Orajel (dolor de boca) Lista de alergias a otros medicamentos \_\_\_\_\_

\*\*NOTA: Las enfermeras usan el lavado antiséptico, el ungüento antibiótico, la crema/loción contra la picazón, crema de hidrocortisona y lavado de ojos para la atención rutinaria de primeros auxilios.

#### PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA EN LA ESCUELA

Sus escuelas han adoptado los procedimientos siguientes para cuidar a un estudiante cuando él/ella se pone enfermo o herido en la escuela:

En caso de una emergencia que amenaza la vida, la escuela llamará 911 y entonces seguirá los pasos abajo. En caso de otra emergencia y/o la necesidad de atención médica o del hospital:

1. La escuela llamará a la casa. Si nadie contesta,
2. La escuela llamará al lugar del empleo del padre, de la madre o del tutor. Si nadie contesta,
3. La escuela llamará el (los) otro(s) número(s) del teléfono listado(s) y al doctor.
4. Si nadie en las situaciones de arriba contesta, la escuela llamará una ambulancia, si necesario, para llevar al estudiante a una facilidad médica local.
5. Basado en la opinión médica del doctor que atiende, el estudiante puede estar ingresado a una facilidad médica local.
6. La escuela continuará a llamar a los padres, a los tutores o al doctor hasta que se puede comunicar con alguien.

Si no puedo estar contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos, estoy de acuerdo de pagar todos los gastos para transportar y tratar médicaamente a este estudiante. También por este motivo autorizo cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento diagnóstico o la administración de anestesia que se puede llevar a cabo basado en la opinión médica del doctor que atiende.

#### PREFERENCIA DEL HOSPITAL:

He leído y comprendo la información en **AMBOS** LADOS de este formulario y comprendo que esta información estará compartida con el personal y la administración en una necesidad de conocimiento a menos de que Usted nos notifique de otra manera.

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

FAVOR DE LLENAR EL OTRO LADO

**2025-2026 DISTRITO ESCOLAR INDIAN RIVER – ACTUALIZACION DE LA HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

**Esta información estará compartida en una base de la necesidad de saber con el personal, la administración y el personal médico de emergencia en el caso de una emergencia a menos de que Usted no notifique, al contrario.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_\_ F.N. \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

FAVOR DE TACHAR SI EL JOVEN HA TENIDO DIFICULTAD CON CUALQUIER DE LOS SIGUIENTES, DAR LAS FECHAS Y LA INFORMACION ADICIONAL DEBAJO DE LOS COMENTARIOS.

- |   |  |                                      |   |
|---|--|--------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                    | <input type="checkbox"/> Hueso/Espina        | <input type="checkbox"/> Corazón     | <input type="checkbox"/> Habla  |
| <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga    | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Asma            |
|   | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Riñón       | <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Desorden de      |
| Sangre <input type="checkbox"/> Emocional               | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Audición    | <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> Perforación del Cuerpo/Tatuaje |  |                                      |   |

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene su hijo alergias a la medicina, la comida, látex o mordidas de los insectos?

NO  SI  A cuál \_\_\_\_\_ Qué pasa \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido su hijo cualquier enfermedad desde el fin de clases en junio?

NO  SI  Tipo de enfermedad – con fecha(s) \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su hijo una cirugía desde el fin de clases en junio?

NO  SI  Tipo de cirugía – con fecha(s) \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido su hijo unas inmunizaciones desde el fin de clases en junio?

NO  SI  Lista de inmunizaciones – con fechas \_\_\_\_\_

6. ¿Se está recibiendo su hijo un tratamiento o una evaluación para cualquier condición médica? NO  SI  Describa la condición \_\_\_\_\_

7. ¿Toma su hijo la medicina o recibe el tratamiento?

NO  SI  Nombre de la medicina y/o el tratamiento \_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo la medicina durante las horas escolares?

NO  SI  **Si Si, por favor contacte a la enfermera de la escuela para hacer los arreglos**

8. ¿Una vez ha estado evaluado su hijo por un oculista?

NO  SI  Fecha de la última evaluación \_\_\_\_\_ NO  SI

Lentes rectados \_\_\_\_\_

Si su hijo usa los lentes o los lentes de contacto, ¿cuándo fue el último cambio de receta? \_\_\_\_\_

9. ¿Ha sufrido su hijo unos trastornos emocionales (una mudanza reciente, una muerte, una separación, un divorcio) desde el fin de las clases en junio?

NO  SI  Explique \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es el nombre del dentista de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de su previa evaluación dental? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuál es el nombre del proveedor primario de atención médica de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de su última evaluación física? \_\_\_\_\_

**RECUERDOS IMPORTANTES**

**\* Si su hijo tiene una condición médica que requiere un medicamento, un tratamiento o la atención especializada, por favor contacte a la enfermera de la escuela.**

\* Si a su hijo le falta cualquier requisito para asistir a una escuela pública en Delaware, él/ella puede estar excluido de las clases. (Física, plomo, TB, inmunizaciones)

\*Evaluaciones: (evaluaciones según las directrices de Delaware) – GRADOS K,2,4,7,9, 10 y los que acaban de entrar tendrán una prueba de vista y del oído. GRADOS 5 – 9 tendrán una prueba de escoliosis. (Una carta estará enviada a casa si un seguimiento con su doctor es necesario).

**Favor de contactar la oficina de la enfermera con cualquier pregunta o preocupación**

**GRACIAS POR HABER TOMADO EL TIEMPO PARA LLENAR ESTE FORMULARIO**