



Gina Reilly
 Director, Department of Special Education
 Educational Services Division
 750 Waverly Avenue
 Holtsville, NY 11742
 631/244-4033
 Fax: 631/240-8971
 E-mail: greilly@esboces.org
 www.esboces.org

2025-2026
LA HISTORIA ANUAL DE SALUD – FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Estudiante: _____

#de Telefono de Casa: _____

<u>Padre/Persona con Relación Paternal</u>			
Nombre de madre: _____	#de telefono: _____	#de trabajo: _____	#de celular: _____
Nombre de padre: _____	#de telefono: _____	#de trabajo: _____	#de celular: _____

<u>La Persona del Contacto de Emergencia</u>		
Nombre: _____	Relación: _____	#de telefono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	#de telefono: _____

Alergias: Si No Lista: _____

Las condiciones Cronicas: _____

Las heridas Graves, las enfermedades, las cirugias o hospitalizaciones: _____

Historia de ataques: Sí No Fecha de ultimo ataque: _____

Historia de asma Sí No Fecha de ultimo disparo de tetano: _____

Anteojos: Sí No Other: _____

El estudiante toma la medicina siguiente en casa y en la escuela: (Liste las medicinas adicionales en la expalda 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/a, _____, 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 información puede ser compartida con esas personas implicadas con el cuidado de mi niño/a.

Firma de Padre/Persona con Relación Paternal: _____ **Fecha:** _____

****Por favor use el sobre blanco proporcionado en su paquete para devolver esta forma a la enfermera escolar.**