HUMBOLDT UNIFIED SCHOOL DISTRICT #22

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

AÑO ESCOLAR: 2026-2027

BMHS	BMOA	BFPS	BMMS	PRMS	CSES	GES	HES	LVES	MVES	LTS

Nombre del Estudiante:		Grado: Profesor/a:
Fecha de Nacimiento: Sexo: M / F		
Ultima Escuela a la que Asistió:	¿Su hijo/a ha asistido a otra escuela dentro de Humboldt Unified School District? Si la respuesta es sí, indique cual es el nombre de la escuela:	
Dirección de su casa:		# de Teléfono de la casa: ( )
		# de Teléfono Celular: ( )
Dirección Postal:		
Prioridad #1 Padres/Tutores Legales:		
Relación con el Estudiante:		# de teléfono: ( )
Prioridad #2 Padres/Tutores Legales:		
Relación con el Estudiante:		# de teléfono: ( )

EN EL CASO DE QUE USTED/ES NO PUEDA/N SER LOCALIZADO/A/S Y SI OCURRE ALGUNA EMERGENCIA O SI SU ESTUDIANTE SE ENFERMA, LE PEDIMOS QUE POR FAVOR PROPORCIONE LOS NOMBRES DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O AMIGOS QUE RESIDEN EN ESTA ÁREA Y QUIENES PODRÁN ASUMIR LA RESPONSABILIDAD POR SU HIJO/A.

No le será permitido que su hija/o se vaya con otra persona sin su permiso escrito.

POR FAVOR INFÓRMELE A ESTAS PERSONAS ACERCA DE ESTOS ARREGLOS. SI NECESITA HACER ALGÚN CAMBIO, POR FAVOR NOTIFÍQUELO POR ESCRITO A LA ESCUELA.

Prioridad #3	Nombre:	# de teléfono:
	Relación con el Estudiante:	
Prioridad #4	Nombre:	# de teléfono:
	Relación con el Estudiante:	
Prioridad #5	Nombre:	# de teléfono:
	Relación con el Estudiante:	

Proveedor de Seguro de Salud: AHCCCS: _____ Privado: _____ Partners Healthy Students _____ Ninguno: _____

Médico de la familia:	Número de teléfono: ( )
Dentista de la familia:	Número de teléfono: ( )

Yo doy mi permiso a Humboldt Unified School District para asegurar tratamiento médico en caso de emergencia a mi hijo/a, según se necesite. Se hará todo lo posible para contactar al padre, la madre o el tutor tan pronto como se pueda.
Yo doy mi permiso para que mi hijo/a sea transportado/a la sala de emergencia del hospital más cercano y con cualquiera medida necesaria para obtener un seguro médico según como sea determinado por el distrito escolar.
Autorizo el tratamiento que sea necesario para mi hijo/a según como sea determinado por el doctor de mi familia o el doctor que preste sus servicios en facilidades médicas.

Firma del padres

Fecha: / /

o tutores

Nombre del Estudiante:

Por favor indique cualquier clase de alergia o problema médico de este momento que pueda afectar el tratamiento de su hijo/a ***(Si alguna de las preguntas no aplica, por favor llene el espacio con "N/A" o "No Aplica":***

Problemas médicos actuales:
MEDICINAS* que están siendo tomadas actualmente, ya sea en casa o en la escuela:
Alergias a cualquier medicamento:
Clase de comidas que le pueden causar alergia u otra clase de alergias:
Hospitalizaciones/Acidentes/Cirugías:

Su hija/o ha tenido algo que está en esta lista? Por favor marque así* (□) *SI o* (□) *NO. Si su respuesta es SI, ¿Cuántos años tenía su niño/a?:

	Historia de:	Sí		No		Edad :		¿Aun la tiene?		Historia de:	Si		No		Edad :		¿Aun la tiene?
	Asma:									Migrañas: dolor de cabeza							
	ADD/ADHD:									Condición del corazón:							
	Anemia:									Problemas para hablar							
	Ansiedad									Problemas ortopédicos:							
	Depresión									Varicela							
	Problemas Emocionales									Síndrome de irritación de los intestinos (IBS):							
	Diabetes:									Enfermedad Urinaria:							
	Dependiente de insulina:									Enfermedad en los riñones:							
	Convulsiones:									Ha tenido algún trauma en la cabeza:							
	Audífonos del oído derecho/izquierd									¿Con concusión? _____ __ ¿Con							

	o									convulsiones?								
	Infecciones en los oídos									Problemas de habilidades de movimiento físico								
	Tubos auditivos									Lentes?								
										Lentes de contacto?								
	Su información acerca de preocupaciones o explicaciones adicionales:																	
	¿Hay alguna restricción para que su hijo/a pueda o no pueda participar en las clases de educación física u otra actividad física? **SI** / **NO** (escoja *una)*																	
	Si su respuesta es sí, mencione las restricciones y porque las tiene:																	

Recordándole lo relacionado con las medicinas:

1. Todas las medicinas deben ser entregadas a la enfermera por el padre, la madre/tutor/a. – **no por el estudiante** 2. **Las medicinas prescritas** – requieren el permiso del padre/la madre o tutor/a y de su médico. Usted podrá recibir unas formas, las cuales usted deberá llenar en la oficina de la enfermera con la información de su médico. Las medicinas deben estar en el envase original de la farmacia, la cual proporciona a la enfermera las instrucciones del médico.
3. **Las medicinas que no requieren prescripción** – serán entregadas por el padre/la madre o el guardián a la enfermera, los cuales deben estar empacados en un envase sellado. El padre, la madre o guardián deben llenar completamente la forma apropiada para que esta medicina le sea administrada al estudiante por la enfermera. Se requerirá un permiso medico si esta clase de medicina se le debe dar al estudiante por más de tres días.

ARS 15-344 & 15-344.01 LOS ESTUDIANTES NUNCA DEBEN TENER MEDICAMENTOS EN SU POSESIÓN EXCEPTO INHALADORES DE ASMA, EPI-PEN O MEDICAMENTOS PARA LA DIABITIS, CON INSTRUCCIONES ESCRITAS POR EL PADRE/MADRE Y EL DOCTOR. LAS FORMAS DEL CONTRATO DEL ESTUDIANTE Y PERMISO DEL DOCTOR ESTÁN EN LA OFICINA DE LA ENFERMERA.

<u>Otra clase de información relacionada con la medicación:</u>

Puede ser que en alguna ocasión se necesitara darle a su niño/a una o más de las siguientes medicaciones: Por favor **circule** cualquiera de las que usted **<u>NO DESEA</u>** que le sean administradas a su niño/a.
Acetaminofén/Tylenol Crema de Hidrocortisona Anbesol /Orajel Aloe Vera Ibuprofen Carmex / Vaselina / Bálsamo Labial Loción de Calamina Gotas para los ojos Antiácido/TUMS Medicina para evitar la picazón Ungüento Antibiótico Pastillas para la tos

Sí No

(Marque uno)

Autorizo que esta información sea compartida con el personal que supervisa, cuida y educa a mi hijo/a.

Firma del padres o tutores

Fecha: