

Muhlenberg School District INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Spanish

Nombre Del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Genero:	Grado:
Dirección postal:			
Dirección física (si es diferente):			
Tenga en cuenta las correcciones:			
Nombre del padre/tutor (contacto principal):		Relación:	
Correo electrónico:	Celda:	Trabajo:	
Tenga en cuenta las correcciones:			
Nombre del padre/tutor (segundo contacto):		Relación:	
Dirección postal (si es diferente):			
Correo electrónico:	Celda:	Trabajo:	
Tenga en cuenta las correcciones:			

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia física legal? Los padres deben notificar al distrito inmediatamente si hay un cambio.
 Conjunta ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Comment:

En caso de enfermedad, emergencia o accidente, no se puede localizar al padre/tutor; Los siguientes adultos están autorizados a actuar en nombre del padre/tutor:

Viviendo en Casa	Prioridad	Nombre del contacto de emergencia	Relacion	Telefono	Anote cualquier corrección

Children in Household Attending School	Grade	Children in Household Attending School	Grade

Sí ☐ No ☐

*** Doy mi permiso para compartir la información médica necesaria con el personal adecuado que trabaje directamente con mi hijo en interés de su salud, seguridad y bienestar.**

Sí ☐ No ☐

****Doy permiso al personal de enfermería de los Servicios de Salud del Distrito Escolar Muhlenberg para administrar medicamentos de venta libre como paracetamol (Tylenol), ibuprofeno (Motrin), pastillas antiácidas masticables, productos tópicos de primeros auxilios y/o medicamentos de emergencia según sea necesario según las indicaciones escritas del médico consultor escolar.**

Alergias a medicamentos (enumera la reacción):

SI	NO	Estado de Salud (diagnosticado por el médico)	En caso afirmativo, indique una explicación y el medicamento y/o tratamiento a continuación.:
☐	☐	ADD/ADHD	Medicinas?
☐	☐	Asma***	Inhalador?
☐	☐	Diabetis*** Tipo:	Explica:
☐	☐	Migrañas***	Explica:
☐	☐	Alergias Alimentaria***	Enliste los alimentos y la reacción:
☐	☐	Alergias a Medicamentos	Enliste el medicamento y la reacción:
☐	☐	Alergia a las Abejas Potencialmente Mortal que Requiere Epipen**	Enliste la Reacción:
☐	☐	G6PD***	Lista de Desencadenadores:
☐	☐	Trastorno Convulsivo/Epilepsia***	Última Convulsión:
☐	☐	Problema de Visión	Prescripción de: ☐ Espejuelos ☐ Contacto
☐	☐	¿Problema de Audición/Audífono?	Audífono? ☐ SI ☐ No
☐	☐	Problemas Emocionales o de Comportamiento	Explica:
☐	☐	Problema Cardíaco (Corazón)	Explica:
☐	☐	Lesión en la Cabeza/Conmoción Cerebral	Explica:
☐	☐	Enfermedad Grave o Crónica	Explica:
☐	☐	Operación(es) seria(s)	Explica:
☐	☐	Otro	Explica:
☐	☐	Trastornos hemorrágicos/Anemia de Cooley	
☐	☐	Parálisis cerebral	
☐	☐	Fibrosis quística	
☐	☐	Enfermedad de células falciformes	
☐	☐	Espina bífida	
☐	☐	Síndrome de Tourette	

***El Plan de Emergencia/Acción para el cuidado durante el colegio debe ser completado por el proveedor médico del niño.

Estos formularios están disponibles a través de la página web de los Servicios de Salud o de la enfermera del colegio.

Enumera cualquier medicamento que tu hijo esté tomando actualmente si no está mencionado arriba				
Nombre del medicamento:	Dosis	¿Con qué frecuencia	Motivo de tomar la medicación	

**IMPORTANTE: Por favor, compruebe qué hospital prefiere si su hijo necesita ser transportado en ambulancia en caso de emergencia. Tu firma da permiso para el tratamiento de emergencia; así como para que el personal de enfermería MSD administre los medicamentos según se indique lo indicado. ☐ Reading Hospital ☐ St. Joseph's Hospital

Firma del padre: _____ Fecha: _____