

Escuelas Públicas de Lowell
FORMULARIO DE EMERGENCIA MÉDICA
 (Regresar a la enfermería escolar)

Grado: _____

Aula: _____

Alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M / F

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____

Información para padres/tutores

Nombre del padre/tutor n.º 1: _____ Nombre del padre/tutor n.º 2: _____

Teléfono del padre/tutor n.º 1: _____ Teléfono del padre/tutor n.º 2: _____

Número de trabajo del padre/tutor n.º 1: _____ Número de trabajo del padre/tutor n.º 2: _____

Idioma preferido por el padre/madre n.º 1 para el teléfono: _____ Idioma preferido por el padre/madre n.º 2 para el teléfono: _____

Si el padre/tutor no está disponible, indique los nombres de dos adultos locales a quienes contactar en caso de enfermedad o emergencia, y que estén autorizados a recoger a su hijo: (REQUERIDO)

Nombre: _____ Celular: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Celular: _____ Parentesco: _____

Información actual sobre la salud del estudiante
Alergias (enumere todas): _____ ¿Se receta un EpiPen? Sí ☐ No ☐

Marque todas las condiciones de salud actuales que correspondan: Por favor, entregue la documentación médica de los diagnósticos a la enfermera escolar.

☐ TDAH	☐ Diabetes	☐ Intolerancia a la lactosa
☐ Ansiedad	☐ Gafas/Lentes de contacto	☐ Migrañas
☐ Asma	☐ Afección cardíaca	☐ Convulsiones
☐ Autismo	☐ Problema de audición	☐ Drepanocito
☐ Depresión	☐ Audífonos a la: izquierdo ☐ derecho ☐	☐ Otro (por favor, descríbalos a continuación)

Comentarios/Notas adicionales: _____

Medicamentos: Por favor, enumere los medicamentos que su hijo toma en casa (continúe en el reverso si es necesario).

Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora del día: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora del día: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora del día: _____

Médico del estudiante: _____ Número de teléfono: _____

¿Su hijo/a tiene seguro médico? Sí ☐ No ☐ ¿Masshealth? Sí ☐ No ☐

- Autorizo a la enfermera escolar a compartir información relevante sobre el estado de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado, según sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo.
- En caso de emergencia, su hijo será trasladado al hospital por los servicios de emergencia médica.
- Por la presente autorizo a la enfermera escolar a ponerse en contacto con el médico de mi hijo si fuera necesario.
- He revisado y acepto la Guía para padres sobre salud escolar, que se encuentra en el Manual del estudiante/padre disponible en <https://www.lowell.k12.ma.us/departments/office-of-student-support-services/handbooks>.

Reviewed by RN
 _____ (initials)
 _____ (date)

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____