DATE:_____ DISTRITO ESCOLAR CAPE HENLOPEN- TARJETA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DELAWARE

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:_____NOMBRE: _____FECHA DE NACIMIENTO:____/____/____

INFORMACION DE PADRE/GUARDIÁN: Vive con:_____Relación:_____

Nombre:		Nombre:	
Relación:		Relación:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
# de licencia de conducir		# de licencia de conducir	
Dirección de Domicilio		Dirección de Domicilio	
Ciudad,Estado,código postal		Ciudad,Estado,código postal	
teléfono de casa:		teléfono de casa:	
Teléfono celular:		Teléfono celular:	
Lugar de empleo:		Lugar de empleo:	
Teléfono de trabajo	**Ext.**	Teléfono de trabajo	**Ext.**
correo electrónico:		correo electrónico:	
Situación de custodia: (Debe tener documentos de custodia)			
*******POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ESCUELA SI SU NÚMERO DE TELÉFONO O INFORMACIÓN DE CONTACTO CAMBIA DURANTE EL AÑO *******			

Nombre/Escuela de otros niños que viven en el hogar:_____

SI NO SE PUEDE COMUNICAR CON LOS PADRES, LLAME A:

1._____
NOMBRE RELACIÓN AL ESTUDIANTE CELULAR TELÉFONO

2._____
NOMBRE RELACIÓN AL ESTUDIANTE CELULAR TELÉFONO

SEGURO MÉDICO: ( ) Sí ( ) No tipo:_____MEDICAID ( ) Sí ( )No tipo:_____

Número:_____ Número:_____

Las enfermeras escolares pueden medicamentos con receta y sin con permiso escrito de los **padres/tutores.**

Doy permiso para que mi hijo tenga los siguientes medicamentos durante el horario escolar (los medicamentos genéricos puede sustituirse por uno de marca). (√ marca).

( ) Paracetamol/Tylenol (dolor/fiebre)
( ) Antiácido (malestar estomacal)
( ) Anbesol/Orajel (dolor de boca)
( ) Benadryl (alergias)
( ) Loratadina (genérico de Claritin)
( ) Ibuprofeno/Advil (dolor/fiebre)
( ) Dulce de tos/garganta
( ) Pulverización cloraséptica (alivio de la garganta)

Anote las alergias a cualquier medicamento:_____

****NOTA: Las enfermeras usan lavado antiséptico, pomada antibiótica, loción de calamina e hidrocortisona para el cuidado rutinario de primeros auxilios. Si no desea que estos tratamientos se usen en su hijo, por favor, hágale saber a la enfermera.**

El propósito de este formulario es para proporcionar información a la escuela, que se utilizará para la atención de un estudiante que se enferma o se lesiona en la escuela. Esta información puede ser compartida sólo sobre una base de "necesidad de saber" con el personal de la escuela y el personal médico de emergencia. Se dapermiso de los padres para que la enfermera de la escuela obtenga la información médica necesaria del médico de atención primaria del estudiante.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA ESCOLAR

las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos para cuidar a un estudiante cuando se enferma o se lesiona en la escuela:

En caso de una emergencia y/o necesidad de atención médica u hospital, la escuela llamará a EMS (911) para su transporte al centro médico más cercano.

1. La escuela se pondrá en contacto con los padres utilizando todos los números disponibles que aparecen en estatarjeta de emergencia.
2. La escuela llamará a los otros números de teléfono en la lista.
3. Según el criterio médico del médico asistente, el estudiante puede ser admitido en un centro médico local.
4. La escuela continuará llamando a los padres o tutores hasta comunicarse con uno.

Si no puedo ser contactado y las autoridades escolares han seguido los procedimientos descritos, estoy de acuerdo para asumir todos los gastos por movilizar y el tratamiento médico de este estudiante. También doy mi consentimiento para cualquier tratamiento, cirugía, procedimientos de diagnóstico o la administración de anestesia que pueda llevarse a cabo sobre la base del juicio médico del médico asistente. He leído y entiendo la información en **AMBOS LADOS** de este formulario y entiendo que esta información será compartida con el personal y la administración sobre una base de "necesidad de saber" a menos que nos notifique lo contrario.

FIRMA DELPADRE/GUARDIÁN_____FECHA____/_____/_____

POR FAVOR, DA LA VUELTA Y COMPLETA OTRO LADO



DISTRITO ESCOLAR CAPE HENLOPEN - ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES

Esta información se compartirá sobre una base de "necesidad de saber" con el personal, la administración y el personal médico de emergencia en caso de una emergencia a menos que nos notifique lo contrario.

*Fecha*____/____/____*Padre /* Estudiante *Firma* _____

del Tutor _____*DOB:*_____/____/_____*Grado*_____*Maestro*_____

POR FAVOR, MARQUE SI EL NIÑO HA TENIDO DIFICULTADES CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES. DE INFORMACIÓN ADICIONAL Y FEHCAS BAJO COMENTARIOS.

1. [ ] ADD/ADHD [ ] Perforación corporal/Tatuaje [ ] Audición [ ] Discapacidad física [ ] Visión
   [ ] Alergias [ ] Hueso/Espina [ ] Corazón [ ] Convulsiones [ ] OTROS:
   [ ] Asma [ ] Diabetes [ ] Intestino/Vejiga [ ] Habla _____
   [ ] Trastornode la sangre [ ] Discapacidad emocional [ ] Riñón [ ] Cirugía _____

Comentarios**:** _____

2. ¿Su hijo tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o picaduras de insectos?
   NO [ ] SI [ ] A qué_____que sucede_____tratamiento_____
3. ¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad desde que la escuela terminó en junio?
   NO [ ] SI [ ] Tipo de enfermedad, fecha(s)_____
4. ¿Su hijo ha tenido cirugía desde que terminó la escuela en junio?
   NO [ ] SI [ ] Tipo de cirugía, fecha(s)_____
5. ¿Su hijo ha recibido alguna inmunización desde que la escuela terminó en junio?
   NO [ ] SI [ ] lista de vacunas, con fechas_____
6. ¿Su hijo está siendo tratado o evaluado para cualquier condición de salud?
   NO [ ] SI [ ] Condición_____
7. ¿Su hijo está tomando algún medicamento o tratamiento?
   NO [ ] SI [ ] Nombre de los medicamentos y/o tratamiento _____
   ¿Necesita su hijo medicamentos durante el horario escolar?
   NO [ ] SI [ ] ****En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para hacer los arreglos.***
8. ¿Su hijo ha sido examinado alguna vez por un oculista?
   NO [ ] SI [ ] Fecha del último examen*:*____/___/____
   NO [ ] SI [ ] Gafas Prescritas _____
   Si su hijo usa anteojos o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la receta por última vez? _____/____/____
9. ¿Cuáles el nombre del dentista de su hijo?_____
   ¿Cuál es la fecha de su último examen dental? _____/____/____
10. ¿Cuál es el nombre del proveedor de atención médica principal de su hijo?_____
    ¿Cuál es la fecha de su último examen físico?_____

ELEMENTOS ADICIONALES / RECORDATORIOS

- ¿Tiene alguna inquietud respecto a lo siguiente con respecto a su hijo (circule cualquier problema relacionado)? *Ansiedad / Depresión / Patrones* de *sueño /* Cambios de *comportamiento*
- Todos los medicamentos deben ser llevados a la enfermera y no se pueden mantener con el estudiante durante el horario escolar, a menos que su hijo tenga un formulario firmado "Permiso para llevar" en el archivo. Los formularios de "permiso para llevar" deben completarse cada año
- Los estudiantes en los grados 5-9 tendrán pruebas de detección postural escoliosis.
- Los estudiantes en los grados K,2,4,7,9 o 10 y nuevos ingresadores tendrán exámenes de la visión y la audición. (Por Directrices de Delaware)

GRACIAS POR TOMAR EL TIEMPO PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO *Revisado 5/2026*

The Cape Henlopen School District is an equal opportunity employer and does not discriminate on the basis of race, color, creed, religion, gender (including pregnancy, childbirth and related medical conditions), national origin, citizenship or ancestry, age, disability, marital status, veteran status, genetic information, sexual orientation, or gender identity, against victims of domestic violence, sexual offenses, or stalking, or upon any other categories protected by federal, state, or local law. (El Distrito Escolar Cape Henlopen ofrece oportunidades iguales de empleo y sin discriminación de raza, color, credo, religión, género (incluyendo embarazo, parto y sus condiciones médicas), nacionalidad, ciudadania o ascendencia, edad, discapacidad, estado civil, servicio military (veterano), información genética, orientación sexual, o identidad de género, en contra de víctimas de violencia doméstica, ofensas sexuales, acecho, o bajo cualquier otra categoria protegida por la ley local, estatal, y federal.) Ned Gladfelter, Employee/Student Compliance Officer: OCR/Title IX/504 Office of Human Resources; Amanda Archambault, Student 504 Compliance Officer, 1270 Kings Highway, Lewes, DE 19958.