

Grado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Año Escolar: \_\_\_\_\_  
 Día de Inicio: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante		Nombre	Segundo Nombre	
Dirección		Ciudad	Código postal	
Teléfono	# de Emergencia	Nombre	Relación	
Nombre de Padre	Ocupación	# de trabajo	# Celular	
Nombre de Madre	Ocupación	# de trabajo	# Celular	

\_\_\_\_\_  
 Médico Familiar

\_\_\_\_\_  
 Elección de Hospital

### **Autorización médica de emergencia**

Por la presente autorizo a los empleados del Distrito administrar medicamentos recetados y sin receta, cuando proporcionada por mí en las siguientes disposiciones:

1. El distrito ha recibido una solicitud por escrito para administrar el medicamento por los padres, tutor legal u otra persona que tenga control legal del estudiante
2. Cuando se administra el medicamento, el medicamento debe estar en su envase original y estar debidamente etiquetados.
3. El medicamento obtenido fuera de los Estados Unidos no será administrado por empleados del distrito a los estudiantes, sin la autorización por escrito está en el archivo de un médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.

Doy autorización a la escuela para llamar al médico de familia y seguir las recomendaciones del médico. Doy autorización para que una ambulancia se llamada, si es necesario. Doy autorización para que otro médico de el tratamiento de mi hijo(a) en caso de que el médico de cabecera no está disponible. Doy autorización para que mi hijo(a) sea dado la atención médica necesaria en caso de que la escuela no puede comunicarse conmigo. **No haré al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de mi hijo.**

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Anotar medicamento que toma su niño/niña:

En la casa \_\_\_\_\_

En la escuela \_\_\_\_\_

Todo el medicamento debera ser traído a la enfermería al momento que lleguen a la escuela. Los padres deberán de llenar las formas apropiadas cuando dejen los medicamentos en el área designada.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los problemas de salud enlistados? Explique por favor si contesta sí.**

<i>Condición:</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Elaboración:</i>
<b>Alergias Estacionales, ambientales, de alimentos, medicamentos</b>			¿a qué?
<small>* " Alergia alimentaria severa significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención medica inmediata. Si no aparece , es entendido de que su hijo(a) no tiene algún tipo de alergia . "**</small>			
<b>¿Tiene alergias que amenazan la vida?</b>			¿ a qué?  ¿Requiere medicamento?
<b>Asma –Una autorización escrita por un médico es requerida para que un estudiante cargue y administre su medicina en la escuela.</b>			¿Le dio el médico una autorización para cargar y administrarse su medecina en la escuela?
<b>Trastornos mentales / psicológicos – (ADHD/ Depression/Anxiety (Ansiedad)/Autism(o)...</b>			¿Que desorden/trastorno?¿Requiere medicamento?
<b>Defecto de nacimiento</b>			
<b>Diabetes</b>			
<b>Infecciones crónicas del oído</b>			¿Tiene tubos?
<b>Problema auditivo</b>			¿Aparato para oír?
<b>Ojo -¿Usa lentes o contactos?</b>			
<b>Otras enfermedades del ojo</b>			
<b>Epilepsia/Desorden de ataques</b>			¿Fecha de último ataque?
<b>Hepatitis</b>			Tipo:    A    B    C
<b>Problema de riñón /vejiga</b>			
<b>Fiebre Reumática</b>			
<b>Úlceras/Gastritis</b>			
<b>¿Problema ortopédico (huesos)?</b>			
<b>Problema Cardiaco</b>			
<b>¿Restricciones de actividad por orden del doctor?</b>			

Otras Condiciones o Comentarios: \_\_\_\_\_