

Información de Emergencia/Salud - Distrito Escolar Unificado de Kenosha No. 1

	YR:	ID#
Apellido del Estudiante	Nombre	Segundo Nombre
/ /		
Fecha de Nacimiento		
Escuela		
Grado		
eMail de los Padres		
() - () - () -		
Bus #		

Dirección <i>(marcar si es nueva)</i> <input type="checkbox"/>	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono <i>(marcar si es privado)</i> <input type="checkbox"/>	Médico de la Familia	Tel. del Médico	Dentista	Tel. del Dentista
() - () - () -								

Nombre del Padre/Guardián	Dirección	Ciudad	Teléfono	Vive con el Padre (S/N)	Lugar Donde Trabaja	Teléfono del Trabajo y Ext.	Horas de Trabajo
() - () - () -							

Nombre del Padre/Guardián	Dirección	Ciudad	Teléfono	Vive con el Padre (S/N)	Lugar Donde Trabaja	Teléfono del Trabajo y Ext.	Horas de Trabajo
---------------------------	-----------	--------	----------	-------------------------	---------------------	-----------------------------	------------------

Favor de escribir el nombre de personas a las que se les pueda llamar en caso de emergencia. Nómbrelas según el orden en que desea se les llame:

Nombre	Dirección	Teléfono	Teléfono del Trabajo y Ext.	Relación con el Estudiante
() - () -				
Nombre	Dirección	Teléfono	Teléfono del Trabajo y Ext.	Relación con el Estudiante

Información Confidencial de Salud Si el médico le ha dicho que su hijo/a tiene cualquiera de los problemas anotados a continuación, favor de marcar "X" a todo lo que sea pertinente y conteste las preguntas relacionadas con el problema.

- Mi hijo(a) no tiene problemas de salud **LA CONDICION DE SALUD DE MI HIJO/A ES POTENCIALMENTE DE VIDA O MUERTE**
- Deficiencia para poner atención con o sin hiperactividad**, descríbalos: _____
- Alergias**, Tipos: Comidas, anote que clase de comidas: _____
- Abejas/Avispas/Otros Insectos Plásticos/Hules Alergias a Medicamentos _____
- Otras, favor de describirlas _____
- Asma** u otros problemas respiratorios, descríbalos: (anote el medicamento al reverso) _____
- Autismo** descríbalos: _____
- Condición o problemas que le afecten caminar o moverse**, descríbalos: _____
- Cáncer**, Tipo: _____ Actualmente en: Tratamiento Remisión
- Defectos de Nacimiento**, anótelos/explice: _____
- Desórdenes de la Sangre** además de HIV/SIDA (ej: Sickle Cell), descríbalos: _____ **Plomo Elevado**
- Diabetes. (Ponga en circulo:) Tipo I o Tipo II** escriba los tipos de insulina, la dosis y las horas en que las toma al verso
- Problemas Psicológicos/Emocionales**, describa: _____
- Problemas del Corazón**, describa: _____
- Órganos Trasplantados**, escriba que órgano: _____
- Ataques Repentinos**, describa de que tipo: _____ Fecha del ultimo ataque: _____
- Problemas para tragar, **Desórdenes Estomacales** o Intestinales: _____
- Problemas de Visión, Oído o del Habla**, descríbalos: _____ Audífono aparato para sordos Tubo/s en el oído Lentes
- Otros**, descríbalos: _____

*****ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y/O TRATAMIENTOS AL VERSO*****

Si mi hijo/a se enfermara en la escuela y no pueden localizarme por teléfono, doy permiso al director de la escuela o a la persona encargada para que haga contacto con cualquiera de las personas anotadas anteriormente. Si lo es necesario, tienen mi permiso para ponerse en contacto con nuestro médico de familia para consultarlo. En caso de una enfermedad seria o de un accidente que ocurriera en la escuela, yo entiendo que mi hijo/a será llevado en ambulancia a la sala de emergencia. (Todos los gastos de hospital son responsabilidad del padre/guardián.)

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____ **¿Qué idioma se habla en casa?** _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

MEDICAMENTOS (Escriba el nombre de todos los medicamentos que toma su hijo(a), dosis y horas de medicación):

Cada medicamento suministrado en la escuela requiere del consentimiento escrito de los padres. Cada medicamento prescrito necesita una receta médica y el consentimiento escrito de los padres. Los formularios médicos se pueden obtener en la oficina de la escuela.

<u>MEDICAMENTOS</u> (Nombre)	<u>DOSIS</u>	<u>TIEMPO O SITUACIÓN</u> (Cuando ha sido administrado)	<u>QUIÉN LO ADMINISTRA</u> (Niño/Adulto)	<u>DONDE SE GUARDA</u> (En casa/En la escuela/Backpack...)
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				
6. _____				
7. _____				

Su firma indica que usted da el permiso para que el historial de inmunizaciones de su hijo(a) sea puesto en un lugar seguro, computarizado el cual será compartido con el departamento de salud pública en acuerdo con las leyes del Estado de Wisconsin.

Firma del Padre(s)