



Kenosha Unified
School District

Escuela de Verano Información Emergencia/Salud

Apellido del Estudiante

Primer Nombre

Fecha de Nacimiento

Nombre del Doctor

Teléfono de Doctor

Contactos de Emergencia

Nombre Fecha de Nacimiento Domicilio Teléfono de Casa Número de Celular Teléfono de Trabajo Parentesco con el Estudiante

Nombre Fecha de Nacimiento Domicilio Teléfono de Casa Número de Celular Teléfono de Trabajo Parentesco con el Estudiante

Nombre Fecha de Nacimiento Domicilio Teléfono de Casa Número de Celular Teléfono de Trabajo Parentesco con el Estudiante

Información de Salud Confidencial

- Mi hijo no tiene problemas de salud conocidos
- Mi hijo tiene los siguientes problemas de salud

<u>Condición</u>	<u>Comentarios e Instrucciones</u>

MEDICAMENTOS (Anotar el nombre de todo medicamento que toma su hijo/a, dosis y tiempos para administrar):

Todo medicamento entregado a la escuela requiere el consentimiento por escrito del padre. Cada receta médica requiere orden por escrito del médico y consentimiento del padre. Medicamentos adicionales, los puede anotar en una hoja de papel por separado. Formulario de medicamento están disponibles en la oficina escolar.

***Favor de Anotar con letra de molde legible**

<u>MEDICAMENTO</u> (Nombre)	<u>DOSIS</u>	<u>LUGAR ADMINISTRADO</u> (Casa, Escuela , Ambos)	<u>TIPO DE MEDICAMENTO</u> (Diario, Emergencia, Como Necesite)	<u>COMENTARIOS</u>

Si No Doy permiso al director o su persona designada para contactar alguno de los contactos de emergencia proveídos, cuando mi hijo/a se enferme en la escuela, si es que no me pueden localizar por teléfono.

Si No Doy permiso de compartir los registros de vacunas actuales, o al actualizarse en el futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (WIR). Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, con solo enviar una notificación a la escuela del distrito. El día siguiente de la fecha de revocación, la escuela del distrito proveerá un nuevo registro o actualización a WIR.

In caso de que ocurra en la escuela un accidente o enfermedad seria, yo entiendo que enviaran a mi hijo/a por un equipo de rescate a la sala de emergencias. (Todos los cargos de hospital son responsabilidad de los Padres/Guardián.)

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que toda la información en este formulario es correcta, y he leído los avisos anteriores.

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre en letra de molde: _____