

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 & celular 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	Teléfono celular	Vive con el Padre (S/N)	Lugar Donde Trabaja	Teléfono del Trabajo y Ext.	Horas de Trabajo
---------------------------	-----------	--------	----------	------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------	------------------

Nombre del Padre/Guardián	Dirección	Ciudad	Teléfono	Teléfono celular	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 celular	Teléfono del Trabajo y Ext.	Relación con el Estudiante
--------	-----------	----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Nombre	Dirección	Teléfono	Teléfono celular	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 CONDICIÓN DE SALUD DE MI HIJO/A ES POTENCIALMENTE DE VIDA O MUERTE**
- Deficiencia para poner atención** con o sin hiperactividad ¿su hijo/a tiene alguna forma de autismo?, descríballo: _____
- Alergias**, Tipos: Comidas, anote que clase de comidas: _____
 Abejas/Avispas/Otros Insectos Plásticos/Hules Alergias a Medicamentos (anótelos/explique) _____
 Otras, favor de describirlas _____
- Asma** u otros problemas respiratorios, descríbalos: (anote el medicamento al reverso) _____
- Autismo** descríballo: _____
- Condición o problemas que le afecten caminar o moverse**, descríbalos: _____
- Cáncer**, Tipo: _____ Actualmente en: Tratamiento Remisión
- Defectos de Nacimiento**, anótelos/explique: _____
- Desórdenes de la Sangre** además de HIV/SIDA (ej: Sickle Cell), descríbalos: _____ **Plomo Elevado**
- Diabetes**. (Ponga en círculo:) **Typo 1** o **Typo 2** 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: _____
- 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*****

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. _____				

Sí No doy permiso para que el(la) Director(a) o su designatario se comunique con cualquiera de los contactos de emergencias que he proveído en caso de que mi hijo(a) se encuentre enfermo(a) en la escuela y no puedan comunicarse conmigo por vía telefónica.

Sí No doy permiso para comunicarse con el médico del estudiante y efectuar consulta, si es necesario.

Sí No doy permiso para compartir los registros actuales de las vacunas de mi hijo(a) así como la actualización futura en el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando la notificación por escrito al Distrito Escolar. Después de la fecha de notificación, el Distrito Escolar proporcionará actualizaciones de los nuevos archivos al Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR).

En caso de grave enfermedad o un accidente en la escuela, entiendo que mi hijo(a) será enviado(a) por el escuadrón de rescate a la sala de emergencias. (Todos los gastos cargados por el hospital son responsabilidad de los Padres de Familia/Representantes).

Este formulario ha sido llenado de acuerdo a mis conocimientos.

Firma del Padre de Familia/Representante		Fecha		Idioma que se habla en casa?
---	--	--------------	--	-------------------------------------