



Emergencia del estudiante /Información médica

Apellido/*Last Name* _____ Nombre/*First Name* _____ Fecha
de nacimiento/*DOB* _____

Escuela/*School* _____ Salón/Sección/*Room/Sec* _____
Grado/*Grade* _____

Dirección/*Home Address* _____ Teléfono de casa/*Home*
phone _____

Madre/*Mother* _____ correo
electrónico/*email* _____ teléfono/*phone* _____

Padre/*Father* _____ correo
electrónico/*email* _____ teléfono/*phone* _____

Encargado/*Guardian* _____ correo
electrónico/*email* _____ teléfono/*phone* _____

Contactos de emergencia (que no son los padres) deben ser locales y estar disponibles para ser contactados:

Nombre y relación con el niño/*Name and Relationship to child* Teléfono/*Phone*

1. _____

2. _____

Médico del niño/*Clínica / Child's*
Doctor/Clinic _____ Teléfono/*Phone* _____

Seguro médico/*Medical Insurance*: Asistencia médica/*MA* ___ *CHIP* ___

Privado/*Private* ___ Nombre de la compañía de seguro/*Insurance*
Company _____ Número de póliza/*Policy Number* _____

Por favor marque con un círculo si le

Por favor **MARQUE con un círculo** si su hijo: **permite a la enfermera darle medicina a su hijo(a)**

Usa: Lentes/*Glasses* Audífono/*Hearing* Tiene: Convulsiones/*Seizures* Diabetes *aid*

Asma/*Asthma* THDA/*ADHD*

Acetaminofén/ *Acetaminophen (Tylenol)*

Lista de alergias: Sustituciones alimenticias requieren una nueva orden de su profesional de salud cada año

Otros problemas de salud/*Other Health Problems*:

¿Toma medicamentos su hijo(a)?/*Does your child take medication?* ___ NO ___ SÍ/*YES*
(por favor liste)

Medicamento/ *Medication*

Su firma otorga permiso para brindar tratamiento de emergencia; también para que las(los) enfermeras(os) del Distrito Escolar de Filadelfia administren los medicamentos que Ud. indica en este formulario de emergencia, durante el horario escolar, en viajes escolares y actividades después de la escuela. Autorizo a la(el) enfermera(o) a comunicarse con el proveedor de salud de mi hijo(a) y a que el mismo responda según sea necesario sobre el cuidado de mi hijo/a.

Firma del padre/encargado / *Parent/Guardian Signature* Fecha/*Date*

YES SÍ/



NO

Ibuprofeno (Advil, Motrin) **YES** ^{SÍ/}

NO

Dosis/ Dose

Frecuencia/Hora/ Frequency/Time

Razón/ Reason

Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info_SHS (Spanish)

OPCION

AL

Uso tópico de protector solar sin aerosol en la escuela

Los padres/encargados pueden optar por proporcionar a su hijo(a) un **protector solar tópico sin aerosol** si está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés). Para que un estudiante se aplique protector solar durante las horas escolares, en una actividad patrocinada por la escuela o mientras se encuentra bajo la supervisión del personal de la escuela, el padre/encargado debe completar las declaraciones a continuación.

Declaración del padre / tutor

- Al firmar a continuación, confirma que comprende que la escuela no es responsable de garantizar que el(la) estudiante se aplique el protector solar.
- Al firmar a continuación, confirma que el(la) estudiante ha demostrado que puede aplicar el protector solar por sí mismo(a).

Firma del padre/encargado: _____ Fecha:

La escuela puede cancelar o restringir la posesión, la aplicación o el uso de un producto de protección solar tópica sin aerosol por parte de un(a) estudiante si ocurre alguna de las siguientes circunstancias:

- El(la) estudiante no cumple con las reglas de la escuela con respecto a la posesión, aplicación o uso del producto de protección solar tópica sin aerosol.
- El(la) estudiante muestra una falta de voluntad o incapacidad para proteger el producto de protector solar tópico sin aerosol del acceso de otros estudiantes. Si la escuela cancela o restringe la posesión, aplicación o uso de un producto de protección solar tópico sin aerosol por parte de un(a) estudiante, la escuela deberá proporcionar un aviso por escrito de la cancelación o restricción a los padres/encargados del/de la estudiante.



THE SCHOOL DISTRICT OF
PHILADELPHIA

Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info_SHS (Spanish)