



# THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

## 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 permite a la enfermera darle medicina a su hijo(a)**

Acetaminofén/ <i>Acetaminophen</i> ( <i>Tylenol</i> )	<b>SÍ/ YES</b>	<b>NO</b>
Ibuprofeno	<b>SÍ/ YES</b>	<b>NO</b>

Por favor **MARQUE con un círculo** si su hijo:

Usa: Lentes/*Glasses*                      Audífono/*Hearing aid*  
 Tiene: Convulsiones/*Seizures*    Diabetes    Asma/*Asthma*    THDA/*ADHD*  
**Lista de alergias:** Sustituciones alimenticias requieren una nueva orden de su profesional de salud cada año

**Otros problemas de salud/*Other Health Problems*:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Mi firma a continuación indica que entiendo las políticas y doy mi consentimiento para:**

La atención médica y/o dental de emergencia, incluida la administración de medicamentos de emergencia, que puedan ser necesarios para preservar la vida de mi hijo o para prevenir el deterioro de su salud en caso de que el tiempo no permita obtener mi consentimiento personal para dicha atención. Entiendo que me contactarán lo antes posible y asumiré la responsabilidad de dar permiso para la atención continua.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/encargado / *Parent/Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
Fecha/*Date*

¿Toma medicamentos su hijo(a)?/*Does your child take medication?* \_\_\_\_\_NO \_\_\_\_\_Sí/*YES* (por favor liste)

<b>Medicamento/ <i>Medication</i></b>	<b>Dosis/ <i>Dose</i></b>	<b>Frecuencia/Hora/ <i>Frequency/Time</i></b>	<b>Razón/ <i>Reason</i></b>

**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*

## OPCIONAL

### 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.