

NICASIO SCHOOL 2011-12 TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE
Información Médica y Consentimiento

ESTUDIANTE

Apellido _____

Primer nombre _____

Segundo nombre _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE LA SALUD

Medicinas: ¿Requiere su niño/a medicinas en la escuela o en la casa? No Sí

Si su niño/a necesita medicinas en la escuela, todas las medicinas que se envían a la escuela deben estar en el envase original de la receta, con la fecha actual y el nombre del niño/a. El formulario de "Autorización para Administrar Medicinas" debe estar en su legajo. Para emergencias, por favor entregue además a la oficina de la escuela una provisión de medicinas para 3 días y en la misma forma, junto al formulario verde de "Medicinas para Emergencias de 72 horas". Ambos formularios están disponibles en la oficina de la escuela. Incluya el nombre del médico quien lo receto, por Código Educacional §49480.

Medicina	Médico Recetando Medicina	Dosis	Horario

Información del seguro medico: *Por favor marque la caja apropiad.*

- Seguro médico familiar Healthy Families California Kids
 Medi-Cal # _____ Sin seguro médico

Doctor/Proveedor de la salud _____ Teléfono _____

Plan de salud/Nombre del grupo _____ Póliza No. _____

Dentista _____ Teléfono _____

Problemas de la visión/audición:

- Usa gafas/lentes de contacto: para ver la pizarra para leer todo el tiempo
 Fecha del ultimo examen de la vista _____ usa audifono(s)

Condiciones médicas: Por favor marque las cajas apropiadas si su niño/a tiene alguna de las siguientes:

- Alergias severas que necesita: Epi-pen Benadryl
 A comidas/ambientales A picaduras de insectos/avispas A medicinas/drogas Otras

Por favor explique: _____

Asma en el presente Si lo marcó: usa inhalador toma medicinas a diario

Tiene convulsiones Si lo marcó ¿toma medicinas? Sí No

Diabetes Si lo marcó ¿depende de la insulina? Sí No

Problemas de conducta: _____

Limitaciones de movimiento: _____

Otra (por favor explique): _____

Enfermedad reciente, hospitalización, cirugía. Si lo marcó, por favor provea fecha(s) y descripción(es):

Condición médica que puede necesitar cuidado o acomodaciones en la escuela (por favor describa) :

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

Yo/nosotros, padre/madre/guardián de _____,

un menor y firmante(s) debajo, doy por la presente autorización y consentimiento a la escuela para obtener cuidado médico de emergencia y transportación necesaria, incluyendo exámen rayos X, anestesia, diagnóstico médico o de cirugía y hospitalización de emergencia, el cuál se considera aconsejable y es provisto bajo la supervisión médica general o específica del personal licenciado de la sala de emergencias bajo las provisiones del acto de la práctica de medicina y del Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Se entiende que se harán todos los esfuerzos para contactar al debajo firmante antes de dar tratamiento al estudiante, pero que cualquiera de los tratamientos descritos arriba no serán retenidos si no es posible comunicarse con el firmante debajo o los adultos autorizados.

_____ es el hospital que yo/ nosotros preferimos para el tratamiento médico de emergencia para mi/nuestro niño/a.

Yo/nosotros entendemos que el distrito escolar no provee seguro médico/de accidente a los estudiantes, y yo/nosotros también entendemos que todos los costos relacionados con el tratamiento médico serán mi/nuestra responsabilidad y no la del distrito escolar.

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha _____

AYUDA DE VOLUNTARIO

Si Ud. vive cerca de la escuela y siente que, si lo llaman, podría ofrecer ayuda voluntaria durante una emergencia, por favor dénos su nombre, teléfono y experiencia. *Me gustaría ayudar en una emergencia.*

Nombre _____ Teléfono _____

Calificaciones _____