

**SERVISIOS DE SALUD DE ESCUELA**

**INFORMACION DE EMERGENCIA Y SALUD**

**ANO DE ESCUELA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_

Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Hermano(s), hermana(s), attendingo escula:

**NOMBRE ESCUELA GRADO NOMBRE ESCUELA GRADO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de accidente o enfermedad seria durante el dia, yo requisito que la escuela me contacte. En casa de emergencia, yo doy mi permiso a la escula para que mi hijo/hija sera transportado de Emergencia Servicio Medical al hospital y dado el tratamiento necessario. Yo entiendo que yo sera responsable por los cargos de parte de la situacion. Yo entiendo que es la responsabilidad de el pariente/guardian a notificar la escuela de cambios de informacion en el ano de la escuela.

**Firma de Pariente** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

Physician de Primaria \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Mi hijo/hija esta cubierto con \_\_\_\_\_

Si cubierto por Medicaid. Numero de Medicaid \_\_\_\_\_

Lista de alergias y/o condiciondes de salud que la escula necessita saber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos/medicinas que estudiante toma en casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos/medicinas que estudiante necesita tomar durante escuela:

\_\_\_\_\_

Lista qualquier atencion especial de estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(PORFAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRES DEL DOCUMENTO)**

**PROBLEMAS MEDICOS (Ponga cada uno que estudiante tiene)**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias-insectos especifica _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon     | <input type="checkbox"/> Scoliosis            |
| <input type="checkbox"/> Alergias-meds _____                | <input type="checkbox"/> Condicion Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Leukemia                | <input type="checkbox"/> Cellula Sickle       |
| <input type="checkbox"/> Alergias-otra _____                | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeca            | <input type="checkbox"/> Problemas de Motor      | <input type="checkbox"/> Problema Hablando    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                             | <input type="checkbox"/> Sordo                      | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy      | <input type="checkbox"/> Transplante          |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon      | <input type="checkbox"/> Sangren de Nariz        | Specify _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Asthma                             | <input type="checkbox"/> Murmuro de Corazon         | <input type="checkbox"/> Develemento Physical    | <input type="checkbox"/> Urological Condicion |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____                       | <input type="checkbox"/> Hemophilia                 | Abnormal   | <input type="checkbox"/> Vista de Correcion   |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy                     | <input type="checkbox"/> Hernia                     | <input type="checkbox"/> Physical Impairment     | lentes _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Hyperactividad             | Specify _____                                    | contactos _____                               |
| <input type="checkbox"/> Infecion de Oreja/repitido         | <input type="checkbox"/> Hypertension               | <input type="checkbox"/> Problemas Psychologicos | <input type="checkbox"/> Visual Problems      |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Oreja                 | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia               | Specify _____                                    | specify _____                                 |

\*\*\*\*\*

Porfavor llene y firme las areas que representa tu preferencia para el quidamiento de su hijo/hija. Esta forma necessita ser devuelta a la escuela de su estudiante.

**CONSENTO DEL PARIENTE PARA LOS SERVICIOS DE SALUD PARTE DE LA ESCULEA**

Yo aqui doy mi permiso a mi estudiante, \_\_\_\_\_ para participar en el Servicio de Salud de la Escuela y quidamiento en el programa. Dando mi firma en este document, doy mi permiso para qual quier servicio incluido en la stafa de escuela de salud que es cubierto por mi hijo/hija(s) Medicaid para mandar la quenta y collected por Medicaid.

**INFORMACION FIRST AID**

En caso de emergencia, yo doy permiso para que mi hijo/hija tenga servicio de first aid administrado por los trabajadores de la escuela, certificados en first aid, o persona oficial de la escuela.

**NO ACCEPTAR CERVICIOS**

Yo no quiero que mi hijo/hija, \_\_\_\_\_ participe en los Servicios de Salud de la Escuela

\_\_\_\_\_

Pariente's Fimra \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Numero: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_