

Numero(ID) del Estudiante _____
Grado _____ Cuarto _____
Maestro/a _____

NSAA Tarjeta De Emergencia
Actualizado anualmente



Nombre del Alumno: _____
Apellido _____ Primero _____ Segundo _____
Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo Masculino Femenina
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Autorización para Tratar un Menor

Yo (Nosotros), el/los padre(s) notados abajo, o el tutor legal del Menor mencionado, autorizo y doy mi consentimiento para cualquier rayo-x, examinación, anestesia, asistencia médica o tratamiento de cirugía, dado por cualquier miembro medico o del personal de la Sala de Emergencia, que son licenciados bajo las provisiones del Acta de Práctica Médica; o un Dentista licenciado bajo las provisiones del Acta de Práctica Dental, y el Personal de cualquier hospital general, teniendo una licencia corriente para operar un hospital del Departamento de Salud Pública del Estado De California.

Se entiende que esta autorización esta en efecto antes que un diagnostico específico, tratamiento, o cuidado médico en un hospital que está recomendado por el doctor o clínico a su mejor juicio. Se entiende que se hará todo el esfuerzo posible para contactar a la persona listada antes de dar tratamiento al paciente, pero que el tratamiento no se negara si la persona listada no puede ser contactada. Esta autorización

Información de los Padres: *Por favor indique si el padre es un padrastro, tutor legal, ó si no vive en el hogar.*

Si los padres biológicos no viven en el hogar, pueden ser contactados? SÍ NO

Madre/Nombre del tutor legal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono _____ extensión _____

Vive en el hogar? Sí/No **Por favor circule el mejor numero de contacto en caso de emergencia**

Padre/ Nombre de tutor legal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono _____ extensión _____

Vive en el hogar? Sí/No **Por favor circule el mejor numero de contacto en caso de emergencia**

Si no me pueden contactar, en caso de emergencia o desastre, o si mi hijo(a) necesita que lo(a) recojan de la escuela, autorizo a las personas apuntadas abajo a recoger mi hijo(a).

Circule el mejor número de contacto durante el horario normal escolar.

Contacto 1: _____ **Parentesco:** _____

Teléfono # _____ Otro teléfono _____

Contacto 2: _____ **Parentesco:** _____

Teléfono # _____ Otro teléfono _____

Contacto 3: _____ **Parentesco:** _____

Teléfono # _____ Otro teléfono _____

Contacto 4: _____ **Parentesco:** _____

Teléfono # _____ Otro teléfono _____

Problemas medicas/medicamentos/alergias: FAVOR DE COMPLETAR EL FORMULARIO EN LA PAGINA DE ATRÁS

Su hijo(a) tiene algún problema en la dieta? Si No *Si lo tiene, favor de decirle a la oficina de la escuela ext.700*

Permitido transfusión de sangre (elige uno): Si No Doctor Local: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferido _____ Aseguranza: _____

Autorizo el tratamiento de mi hijo(a) en una emergencia médica, por un doctor calificado, en el evento que no pueda ser contactada en el número listado arriba.

Firma: _____ **Fecha:** _____ Rev : 1/2012

NSAA
HISTORIAL DE SALUD

Rellene si es un NUEVO estudiante

Marca la caja si no hay cambio del año anterior

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Grade ___

1. ¿Tiene el estudiante un problema físico que en el cual necesitaría atención especial o medicamentos durante el horario escolar? Si No Si la respuesta es sí, anote los medicamentos y dosis u otra explicación.

2. ¿Tomas u estudiante medicamentos en casa? Si No

Por favor anote los medicamentos y dosis _____

Todos los medicamentos que sean administrados o llevados a la escuela deben tener un formulario de MEDICAMENTOS (un formulario especial de medicamentos/ordenes para diabetes) completo y firmado por el médico y el padre/la madre. El medicamento debe estar en su envase original en el cual fue recetada o como fue vendida en la tienda. El formulario de medicamentos está disponible en la oficina o en la red.

3. ¿Puede el estudiante participar en todas las actividades de educación física? Si No

Si la respuesta es NO, por favor pide e incluya un comprobante medico explicando la razón y especificando exactamente qué actividades no se pueden hacer.

4. Por favor marque lo siguiente y proporcione información adicional si es necesario:

Condiciones medicas del estudiante

| | |
|--|--|
| Alergia al cacahuete/nuez <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Epi Pen <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Alergia a las abeja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Epi Pen <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asthma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Inhalador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Diabético/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Usa anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Epiléptico/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Deficiencia de visión de color <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No \Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas ortopédicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Alergia a la penicilina |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a otras drogas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____ | |
| Alergia a la comida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____ | Otro (por favor explique) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____ |

Explicaciones o comentarios:
