

NOMBRE DEL MAESTRO DE SALÓN HOGAR: _____ GRADO: _____ ESCUELA: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE SALUD DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS ARTESIA

PROPÓSITO: Para permitir que los padres/tutores para autorizar tratamiento de emergencia para un niño que se convierte en enfermo o lesionado mientras bajo la autoridad de la escuela, cuando un padre o tutor no puede ser alcanzado. Al finalizar, este formulario debe devolverse a la escuela. La forma original y cualquier copia de los mismos puede utilizarse para identificar las opciones médicas de los padres/tutores del abajo firmante.

Por favor COMPLETE las tres secciones (página anterior y posterior).

APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL:	GÉNERO: M F	FECHA DE NACIMIENTO:
-----------	---------	----------	----------------------------	----------------------

NOMBRE DE ESCUELA ASISTIÓ EL ÚLTIMO CICLO LECTIVO:

SECCIÓN PRIMERA: ESTUDIANTE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En el caso de que su hijo se enferma o lesionada y debe enviar a casa o a la sala de emergencia, la oficina de salud de la escuela siempre tratará de llegar a los padres/tutores a continuación primero. Si los padres no se logra, se llamará contactos secundarios.

GUARDE ESTOS NÚMEROS ACTUALES.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Tutor	DIRECCIÓN	Telefono #1 Telefono #2 Telefono #3
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Tutor	DIRECCIÓN	Telefono #1 Telefono #2 Telefono #3

	Lista de contactos de emergencia	Relación	Telefono #1	Telefono #2	Telefono #3
1.					
2.					
3.					
4.					

HERMANOS EN LAS ESCUELAS DE APS

	NOMBRE	ESCUELA	GRADO	Fecha de Nacimiento
1.				
2.				
3.				
4.				

*****NOTA:** Este es un documento de dos páginas. Por favor completar el reverso de este formulario.***

SECCIÓN dos: Historia de la salud del estudiante – por favor marque la casilla que corresponda.

Mi hijo no tiene ninguna condición de salud, los siguientes incluidos

Alergias: <input type="checkbox"/> temporada		<input type="checkbox"/> alimentos (lista):		<input type="checkbox"/> otros alergia (lista):		<input type="checkbox"/> prescripción de AGR EpiPen	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> CONGÉNITA/GENÉTICA	<input type="checkbox"/> OÍDO/NARIZ/GARGANTA		<input type="checkbox"/> PULMONAR QUE NO SEAN DE ASMA			
<input type="checkbox"/> ASMA NECESITA EL INHALADOR EN LA ESCUELA: S N	<input type="checkbox"/> OJOS/VISIÓN USA LENTES/CONTACTOS: S N	<input type="checkbox"/> DIABETES (círculo uno) TIPO 1 TIPO 2		<input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR (LISTA) ____ PRESIÓN ARTERIAL ALTA: S N			
<input type="checkbox"/> CÁNCER	<input type="checkbox"/> DERMATOLÓGICA/PIEL	<input type="checkbox"/> ESTÓMAGO/GI		<input type="checkbox"/> MUSCULOESQUELÉTICO			
LISTA DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO:	<input type="checkbox"/> TRASTORNO DEL ALIMENTACION	<input type="checkbox"/> VEJIGA/GU		<input type="checkbox"/> DENTAL/ORAL			
	<input type="checkbox"/> ENDOCRINAS QUE DIABETES	<input type="checkbox"/> , HEMATOLOGÍA, HEMORRAGIA TRASTORNOS <input type="checkbox"/> MIGRAÑAS		<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICA (LISTA DE MEDICAMENTOS):			
<input type="checkbox"/> CUALESQUIERA OTRAS CONDICIONES DE SALUD:							

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

SEGURO DE ESTUDIANTE:	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:	NÚMERO DE IDENTIFICACION:
OTORGAR CONSENTIMIENTO		
En caso de una emergencia relacionada con mi hijo y yo no puedo llegar, entiendo que nos comunicaremos con servicios médicos de emergencia y mi hijo puede transportarse al siguiente proveedor/hospital para atención médica de emergencia:		
MÉDICO:	TELÉFONO:	
DENTISTA:	TELÉFONO:	
HOSPITAL:	TELÉFONO:	

Si, por cualquier razón, ni yo ni el arriba listados médicos atención proveedores o HOSPITAL se puede llegar, entiendo que transporte adecuado y médica, cuidado de mi hijo serán arreglados a cualquier proveedor de cuidado médico adecuado, hospital o centro médico. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que un otro médico/dentista está de acuerdo a la necesidad. Nada en esta sección se interpretará para imponer responsabilidad en cualquier escuela oficial o empleado de la escuela que de buena fe intenta cumplir con esta sección. Se entiende que seré financieramente responsable por todo cuidado de emergencia. Yo autorizo al personal del consultorio de salud de escuela para contactar con proveedores de mi hijo mencionados con respecto a la gerencia médica de mi hijo. Entiendo que se compartirá información sobre esta tarjeta con personal adecuado sobre una base según sea necesario solamente. También entiendo salud sesiones (incluyendo la visión, audición, altura, peso, presión arterial y BMI) pueden hacerse a menos que proporcione la oficina de salud de la escuela con notificación por escrito solicitando la exclusión de estos exámenes.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____