

Completar, firmar y traer de regreso durante la Registracion

Forma de Emergencia del Estudiante

Nombre: _____ ID#: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Direccion: _____

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION ABAJO

QUE ALERGIAS TIENE: (Comidas, drogas, insectos, otro) SI / NO _____		
MEDICAMENTOS: SI/NO: (Escriba todas los medicamentos que toma regularmente) _____		
ASMA (ultimo diagnostico)	SI / NO	Si contesto 'SI' alguna de estas preguntas por favor explique en el área de abajo.
DEFECTOS DE NACIMIENTO	SI / NO	
RETRASOS DE DESARROLLO MENTAL	SI / NO	
TB (Prueba positiva de la piel)	SI / NO	
DIABETES	SI / NO	
CONVULSIONES	SI / NO	
PROBLEMAS CARDIACOS (SOPLO DEL CORAZON/Presión Arterial Alta/ otro)	SI / NO	
ADHD (Deficit de Atencion/Hiperactividad)	SI / NO	
PROBLEMAS DE LA VISION (Lentes o Contactos)	SI / NO	
PROBLEMAS DEL OIDO/ AUDICION	SI / NO	
HUESOS/ ARTICULACIONES / ESCOLIOSIS	SI / NO	
CIRUGIAS (Cuando fue la cirugía y para que)	SI / NO	
ALGUN PROBLEMA DE SALUD -o- Emocional (Especifique)	SI / NO	

Padre/Nombre del tutor: _____	Madre/Nombre del tutor: _____
Teléfono de casa: () _____	Teléfono de casa: () _____
Teléfono del trabajo: () _____	Teléfono del trabajo: () _____
Numero celular: () _____	Numero celular: () _____

EN EL EVENTO DE NO PODER COMUNICARNOS CON ALGUNO DE LOS PADRES O TUTOR, POR FAVOR LISTE (3) CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre: _____	Relacion: _____	Telefono: _____
Nombre: _____	Relacion: _____	Telefono: _____
Nombre: _____	Relacion: _____	Telefono: _____

En el evento que mi hijo/a tenga una emergencia medica dentro de la escuela, en un vehiculo escolar, o en actividades escolares, ya sea durante las horas escolares o después, yo autorizo que se tomen medidas necesarias para proteger la salud y bienestar de mi hijo/a. Yo asumiré toda la responsabilidad de cualquier gasto incurrido por la administración del tratamiento.

En el evento de que mi hijo/a se cambie de escuela, yo autorizo a las escuela Morton Freshman Center a enviar copias de los récords médicos de mi hijo a la nueva escuela. Los Exámenes de Visión y Oído se harán de acuerdo al mandato estatal, para los estudiantes de Educación Especial, a los estudiantes recientemente matriculados y a los que sean recomendados por un maestro.

Yo autorizo a la Oficina de Servicios Médicos de las escuela Morton Freshman Center a compartir información médica pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal apropiado del edificio. Doy permiso para que la enfermera de la escuela discuta la información necesaria relacionada con la atención médica de mi hijo/a con su médico particular.

Numero del ID de Medicaid: _____

Firma del Padre/Guardián

Fecha