

Actualización anual de información de emergencia y salud

estudiante Nombre del _____ Grado _____
Nombre del padre / tutor _____

1. Se necesita su ayuda para actualizar el estado de salud de su hijo y ayudar a la enfermera de la escuela a identificar posibles emergencias en el aula y problemas de salud que pueden afectar el aprendizaje de su hijo.

Compruebe los problemas de salud siguientes que se refieren a su hijo:

____ ADD / ADHD (circule uno) ____ Alergias, especifique ____ Asthma
problemas ____ Heart ____ Injuries ____ mental / emocional
____ Seizures ____ Hearing ____ Recent cirugía
____ Otro, specify _____

Si marcó cualquiera de los anteriores, por favor especificar síntomas, tratamiento, restricciones y ajustes necesarios:

Mi hijo no tiene necesidades de salud que requieran consideración especial en la escuela.

2. Enumere todos los medicamentos (incluidos los inhaladores) que su hijo está tomando actualmente (incluya el nombre, la dosis, la hora y el motivo):

EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DISPONIBLE EN LA OFICINA SE DEBE COMPLETAR PARA QUE LOS MEDICAMENTOS SE DEN EN LA ESCUELA.

3. Fecha del último examen realizado por el proveedor de atención de la vista y resultados _____
4. Fecha del último examen realizado por el dentista y resultados _____

Entiendo que la enfermera de la escuela puede compartir la información anterior con el personal escolar responsable del bienestar de mi hijo. En caso de un accidente o enfermedad repentina en la escuela, las autoridades escolares tienen nuestro permiso para obtener los servicios médicos u hospitalarios necesarios para nuestro hijo en caso de que no podamos ser contactados. Tenemos entendido que el maestro o el director nos notificará lo antes posible en caso de accidente o enfermedad.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Número de trabajo de la madre: _____ Celular: _____

Número de trabajo del padre: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Otro contacto de emergencia # 1: _____ Número de teléfono: _____

Otro contacto de emergencia # 2: _____ Número de teléfono: _____

Nombre / número del proveedor médico: _____

Es importante que su hijo sepa qué hacer si la escuela sale temprano debido al clima. ¿A dónde deberían ir? _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha: _____

Es responsabilidad de los padres notificar a la oficina o la enfermera de la escuela si ocurren cambios. Rev 5/20