

# 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*