





# Tarjeta Estudiantil para Contacto de Emergencia Información Médica y Permiso

## Estudiante

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Segundo Nombre \_\_\_\_\_

## Información Médica/Salud

Medicamentos: ¿Su niño necesita alguna medicina?  No  Sí

Los empleados de las escuelas publicas tienen permiso para suministrar medicamentos que han sido recetados por un medico y de acuerdo a requerimiento por escrito de los padres o tutor del estudiante. La medicina para uso en la escuela debe estar en su empaque original con el nombre del niño, la información de la dosis, la medicina, y el nombre del medico escrito en el empaque. Una carta con la autorización y firmada por el medico debe ser también entregada junto al medicamento en su empaque original. Adicionalmente, los padres o tutor del estudiante deben enviar instrucciones por escrito con el nombre del estudiante, el nombre de la medicina, a que hora y forma debe tomar la medicina, dosis, posibles efectos secundarios, y la fecha en que se debe terminar de dar el medicamento. **Los permisos por teléfono no son aceptados.** Una copia de la Política del Concejo de Educación del Condado de Surry y un formato en el cual se deba registrar la información serán suministrados a los padres / tutor que soliciten el suministro de medicamentos en las escuelas.

Medicina _____	Dosis _____	Hora en que debe tomarla _____
Medicina _____	Dosis _____	Hora en que debe tomarla _____
Medicina _____	Dosis _____	Hora en que debe tomarla _____

### Información del Seguro Médico:

Por favor, seleccione la casilla apropiada.  Seguro Médico Individual  Seguro Médico Familiar  Medicare/Medicaid

Médico/Proveedor de cuidado de salud \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_

Plan de Salud/Nombre del Grupo \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_

### Problemas de Visión y/o Oídos: Por favor, seleccione la casilla apropiada.

Usa lentes/de contacto →  para trabajar en el tablero  para leer  permanentes Fecha ultimo examen de ojos \_\_\_\_\_

Usa ayudas para escuchar

### Condiciones Médicas: Por favor, seleccione la casilla apropiada si su niño tiene alguno de los siguientes:

Alergias severas que requieren: Alergias a:  Comida/Ambiente  Picadura de abejas/insectos  Medicinas/Drogas  Otras

Epi-Pen

Si otras, por favor explique: \_\_\_\_\_

Benadryl

Asma

Ataques

Diabetes

Usa inhaladores

¿Toma medicinas?  No  Si

¿Dependiente de Insulina?  No  Sí

Medicamentos diarios

Problemas de Comportamiento \_\_\_\_\_

Limitaciones en sus movimientos \_\_\_\_\_

Otros (por favor, explique) \_\_\_\_\_

Enfermedades recientes, Hospitalización o Cirugía. Por favor, informe las fechas y descríbalas. \_\_\_\_\_

Condición médica que requiera especial cuidado en la escuela (por favor, descríbalos). \_\_\_\_\_

## Autorización para Tratamiento de Emergencia

Yo, Nosotros, padres o tutor y que firmamos en nombre de \_\_\_\_\_, menor de edad, por medio de la presente autorizo y doy mi permiso a las Escuelas del Condado de Surry para obtener cuidado médico o dental de emergencia (incluyendo el transporte a la instalación médica o dental) cuando se estime necesario, por un proveedor licenciado para el cuidado de la salud por la salud y bienestar del estudiante mencionado. Yo/nosotros reconocemos mi/nuestra responsabilidad por los gastos causados en obtener tratamiento médico o dental para el estudiante mencionado. Yo/nosotros entendemos y estamos de acuerdo que se hará un esfuerzo razonable para contactarme antes de conseguir el tratamiento médico o dental; sin embargo el tratamiento no será negado si el médico/dentista lo estima necesario.

\_\_\_\_\_ Es el Hospital que yo/nosotros preferimos para tratamiento médico de emergencia de mi/nuestro hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación