Brazosport Independent School District
Health Services ★ Empowering Our Future

Forma Médica de Emergencia de Brazosport ISD

Nombre legal del estudiante: _____Año escolar: _____
Apellido Nombre 2º Nombre

Fecha de nacimiento _____ Sexo: M __ F ___ Grado: _____
Mes / Día / Año

_____ _____
Dirección Ciudad Código postal Dirección postal Ciudad Código postal

Nombre del médico del estudiante:_____ Dirección:_____ Teléfono: _____

El estudiante vive con: (circulo uno) Padre Madre Ambos Tutor Otro (especificar)_____

_____ _____ _____ _____
Nombre de la madre Teléfono de la casa de la madre Teléfono del trabajo de la madre Teléfono celular de la madre

_____ _____ _____ _____
Nombre del padre Teléfono de la casa del padre Teléfono del trabajo del padre Teléfono celular del padre

LISTA DE DOS VECINOS O PARIENTES <u>CERCANOS</u> QUE ASUMIRÁN CUIDADO TEMPORAL DEL ESTUDIANTE SI NO SE LE PUEDE CONTACTAR.

1._____ _____ _____ _____ _____
Nombre Relación con el estudiante Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular

2._____ _____ _____ _____ _____
Nombre Relación con el estudiante Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular

¿Tiene / ha tenido el estudiante alguna de las siguientes condiciones? <u>En caso afirmativo, por favor explique.</u>

Sí No Asma (Nombre del inhalador)_____
Sí No Alergias: Respiratorias_____ Medicamentos_____ Alimentos_____Otros_____
Sí No Tiene un Epipen para reacción alérgica a_____
Sí No Varicela: En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes_____ Año _____
Sí No Diabetes_____
Sí No Discapacidad auditiva / Tubos_____
Sí No Condición del Corazón_____
Sí No ADD / ADHD (Nombre del medicamento) _____
Sí No Estómago / Trastorno de Colon_____
Sí No Trastorno del Riñón_____
Sí No Deterioro Ortopédico_____
Sí No Antecedentes de reacciones alérgicas **graves** a las picaduras de insectos que requiere medicamento o atención de emergencia_____
Sí No Convulsiones / Epilepsia (Nombre del medicamento) _____
Si No Migrañas (Nombre del medicamento)_____
Sí No Discapacidad Visual - lleva gafas o contactos (marque uno)_____
Sí No Toma medicamentos recetados diariamente en casa (Nombre del medicamento)_____
Sí No Necesita tomar medicamentos diariamente en la escuela (Nombre del medicamento)_____
Sí No Actividades restringidas debido a la condición física o médica_____
Sí No Otra Discapacidad / Problema de salud_____

<u>Los estudiantes deben tener una nota médica reciente en el archivo con el fin de llevar epipens, inhaladores para el asma y suministros para la diabetes</u>

***** NOTA: <u>Todos los medicamentos</u> DEBEN 1. Ser transportados a la escuela por el padre o tutor. 2. Tener una nota con el permiso del padre / tutor que debe darse en la escuela. 3. Estar en la botella / recipiente original.**

EN CASO DE EMERGENCIA, AUTORIZO A FUNCIONARIOS DE BISD PARA ASEGURAR EL TRATAMIENTO MÉDICO. ENTIENDO QUE EL ESTUDIANTE ES GENERALMENTE LLEVADO EN AMBULANCIA AL CENTRO MÉDICO MAS CERCANO. YO NO RESPONSABILIZO FINANCIERAMENTE AL DISTRITO ESCOLAR O SUS EMPLEADOS POR EL CUIDADO DE EMERGENCIA Y/O EL TRANSPORTE PARA EL ESTUDIANTE.

_____ _____
Firma del padre / Tutor (REQUERIDA) **Fecha**