

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 CERCANOS 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? En caso afirmativo, por favor explique.**

- 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) \_\_\_\_\_
- Sí 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 \_\_\_\_\_

**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**

**\*\*\* NOTA: Todos los medicamentos 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