

Revisado por: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar Tumwater

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA **IMPORTANTE: este formulario debe llenarse todos los años.**

Para uso de los Servicios de Salud únicamente, excepto la información pertinente que pueda compartirse con otros profesionales que participan en la educación de su hijo y que 'necesiten conocerla'.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Maestro _____

Nombre del padre de familia/tutor _____

Proveedor de atención médica _____ Teléfono _____ Hospital preferido _____ Teléfono _____

Complete las siguientes instrucciones:

___ Llamar a Group Health antes de trasladar Otro: _____

Tipo de seguro médico (haga un círculo en uno) Privado Militar/Tricare DSHS/Medicaid Ninguno Otro: _____

Si su hijo se lesiona o tiene una enfermedad grave en la escuela:

1. Llamaremos al 911 si la lesión o enfermedad lo justifican.
2. Nos comunicaremos con los padres de familia o con la persona de contacto de emergencia si se puede.
3. Trasladaremos al niño al hospital si es necesario según el consejo de los médicos que estén en el lugar y obtendremos el tratamiento necesario.
4. Seguiremos lo más que podamos las instrucciones de los padres de familia/tutor que se indiquen en este formulario; nuestra responsabilidad principal es la seguridad de los estudiantes.

Actualización anual de la información médica: marque si su hijo actualmente está siendo tratado por alguna de las siguientes enfermedades:

___ TDA ___ TDAH ___ Asma ___ Diabetes ___ Epilepsia ___ Alergias Epi-Pen recetado: Sí No

Haga un círculo en el alérgeno: Cacahuete Frutos secos Otro alimento Abeja Polen Animales Medicamentos Otro Describa: _____

El año pasado, ¿ha habido algún cambio en o preocupación por la salud de su hijo que debería saber la enfermera?

Medicamentos/tratamientos: (Incluir medicamentos con receta, de venta libre y herbales.)

Nombre del medicamento/tratamiento	Usado para tratar qué afección	Se toma en la casa		Se toma en la escuela	
		Sí	No	Sí	No
_____	_____	Sí	No	Sí	No
_____	_____	Sí	No	Sí	No
_____	_____	Sí	No	Sí	No

POLÍTICA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A LOS ESTUDIANTES

POLÍTICA: los administradores del edificio o las personas que estos designen pueden administrar medicamentos, con receta o de venta libre, a los estudiantes únicamente con:

EL PERMISO POR ESCRITO del padre de familia o tutor Y un proveedor de atención médica con licencia.

El distrito escolar no suministrará ni administrará suplementos alimenticios, nutricionales o vitamínicos.

Entiendo que los proveedores de atención médica con licencia tienen formularios de 'Autorización para administrar medicamentos en la escuela' disponibles en sus oficinas, o están disponibles en las escuelas del TSD y en línea en el sitio web del TSD bajo Departments/Health Services/Medication (Departamentos/Servicios médicos/Medicamentos).

He leído y entiendo la información de arriba.

Firma: _____ Fecha: _____
Padre de familia/tutor



La siguiente información se incluirá en el expediente médico del estudiante únicamente. Si cree que la información de contacto debe actualizarse en los registros permanentes de la escuela, comuníquese con la oficina principal de la escuela.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Padre de familia/tutor _____ Padre de familia/tutor _____

Domicilio _____ Domicilio _____

Teléfono principal _____ Teléfono principal _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Celular _____ Celular _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre _____ Nombre _____

Teléfono principal _____ Teléfono principal _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Celular _____ Celular _____