

Tarjeta de emergencia para estudiantes

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ Nivel de grado _____

- | | | | |
|----|--|--------------------|-------------------|
| 1. | _____ | Celular/Casa _____ | Trabaje _____ |
| | <i>(Padre/Tutor)</i> | <i>(teléfono)</i> | <i>(teléfono)</i> |
| 2. | _____ | Celular/Casa _____ | Trabaje _____ |
| | <i>(Padre/Tutor)</i> | <i>(teléfono)</i> | <i>(teléfono)</i> |
| 3. | _____ | Celular/Casa _____ | Trabaje _____ |
| | <i>(Nombre y relación con el estudiante)</i> | <i>(teléfono)</i> | <i>(teléfono)</i> |
| 4. | _____ | Celular/Casa _____ | Trabaje _____ |
| | <i>(Nombre y relación con el estudiante)</i> | <i>(teléfono)</i> | <i>(teléfono)</i> |
| 5. | _____ | Celular/Casa _____ | Trabaje _____ |
| | <i>(Nombre y relación con el estudiante)</i> | <i>(teléfono)</i> | <i>(teléfono)</i> |

Por favor, proporciónenos un historial de salud preciso y un resumen de las necesidades actuales relacionadas con la salud para que podamos proporcionar una atención óptima diariamente y en caso de una emergencia; Utilice la parte posterior de la página si es necesario.

Asma: Sí / No Convulsiones/convulsiones: Sí / No Alergias: Sí / No Restricciones de actividad: Sí / No

Condiciones médicas *(TDAH, diabetes, anomalías cardíacas o hemorrágicas, etc.- por favor proporcione tanta información como sea posible)*

Medicamentos actuales *(nombre, dosis y motivo recetado)* _____

Alergias y reacción de los estudiantes *(alimentos, medicamentos, picadura de abeja, etc.)* _____

Cirugías, hospitalizaciones o resultados de pruebas _____

Problemas emocionales/conductuales _____

Anteojos y/o audífonos _____

Médico del estudiante: _____ Teléfono _____

CONSENTIMIENTO para el tratamiento del niño

En caso de emergencia, accidente o enfermedad, la enfermera seguirá los procedimientos escolares descritos por el médico escolar de Provident.

Si es necesario después de la evaluación, la enfermera también puede tratar a mi hijo con lo siguiente:

Tylenol (acetaminofén): Sí / No **Antiácido** (Tums): Sí / No **Benadryl** (difenhidramina hcl): Sí / No **Motrin** (ibuprofeno): Sí / No
(Para el dolor o la fiebre) (Para dolor de estómago) (Para reacción alérgica / síntomas de alergia) (Para dolor o fiebre)

Con mi firma, doy mi consentimiento para que la escuela lleve a cabo todos los puntos indicados "sí".

Mi firma también da su consentimiento para que el personal de la escuela acceda a las tarjetas de emergencia según sea necesario para el éxito académico y los planes de emergencia.

Nombre del padre/tutor: _____ Firma _____ Fecha _____