

TARJETA DE EMERGENCIA

Alerta Especial de Salud: _____

Alumno/a: _____ Fecha nacim.: _____ Grado: _____ Sexo: M F

Apellido _____ Nombre _____

<input type="checkbox"/> Marque aquí si su información de contacto ha cambiado desde el año pasado.		
	Madre/Tutor	Padre/Tutor (Marcar caja si es igual que la Madre)
Nombre (Nombre y apellido)		
Dirección (Calle, Ciudad, Cód. Postal)		<input type="checkbox"/>
Teléfono de casa		<input type="checkbox"/>
Teléfono celular		
Trabajo y n° teléfono		
Correo electrónico		

Niño/a vive con: Ambos padres Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor/Otro: _____

CONTACTOS ALTERNATIVOS

Por favor, nombre a 3 personas de más de 18 años a los que podríamos llamar y con quienes podríamos dejar a su hijo/a si no podemos ponernos en contacto con ninguno de los padres/tutores.

Nombre	Números de contacto	Relación con el/la alumno/a
1.		
2.		
3.		

Además, por favor, indiquen una persona fuera del estado y su número de teléfono en caso de un desastre:

4.		
----	--	--

En caso de desastre (Marquen uno) Mantener mi hijo/a en la escuela O Dejarlo/a salir con cualquiera de las personas indicadas

Hermanos

Escuela

Médico del alumno/a:		
Último examen médico:		
Compañía de seguros:		

INFORMACIÓN MÉDICA

Ninguna enfermedad

Marcar sólo lo que sea aplicable y entregar en la oficina de la escuela

Asma Necesita medicación/inhalador Sí No Diario Cuando se necesite Con ejercicio
Nombre de la medicina _____ ¿Administrada en la escuela? Sí No

Reacción alérgica (severa) ¿A qué? _____ Urticaria/erupción Sí No ¿Dificultad respiratoria? Sí No
Usa Benadryl Sí No ¿Tiene "epi-pen"? Sí No

Diabetes Tipo I Tipo II Medicina: Oral Inyección Bombeo
Administrada en la escuela Sí No

Ataques epilépticos Fecha del ultimo ataque _____ ¿Necesita medicina? Sí No
Nombre de la medicina _____ Médico _____

Problemas cardíacos Diagnóstico: _____ Restricciones físicas Sí No

Hospitalización (Visitas a Emergencia) Fecha/Explicar: _____

Aparatos de ayuda Zapatos/soporte correctivos Muletas Silla de ruedas/motorizada
 Lentes Aparato de sordera

Toma medicación Para qué condición: _____
Administrada en la escuela Sí No

Por favor, indique cualquier otra información de salud importante: _____

Si mi hijo/a sufriera una lesión o enfermedad seria, entiendo que se le administrarán primeros auxilios en cumplimiento con las prácticas escolares locales. Si no se me puede localizar por teléfono a mí ni a ninguna de las personas alternativas, por favor, llamen al médico indicado o transporten a mi hijo/a a algún centro médico disponible. Entiendo que en la mayoría de las situaciones el centro médico no dará tratamiento a mi hijo/a menor sin el permiso de los padres. Entiendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad financiera por el tratamiento médico ni por el transporte.

Firma: _____ Fecha: _____ Rev 1/16