

COMFORT ISD AUTORIZACION DEL CUIDADO DE EMERGENCIA

For Office Use Only

Por favor de completar la información siguiente para que el personal de la escuela proporcione el cuidado para su hijo/a si él o ella se enferma o se lastima mientras en la escuela. Por favor de poner al día esta información si el estado de salud del niño/a cambia durante el año escolar. Las preocupaciones especiales de la salud será compartida con el personal apropiado para proporcionar el mejor cuidado posible para su hijo/a, a menos que esta información sea restringida por la ley.

(Por Favor Escriba)

Ano _____
 Grado _____
 Maestra/o _____

Apellido del Estudiante _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Masculino Femenino

¿Qué idioma se habla en el hogar? Inglés Español

Diferente nombre si es usado (apodo) _____ Tel. Celular Papa: _____
 Tel. de Casa: _____ Tel. Celular Mama: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Zona Postal) _____ Dirección Donde Recibe las Cartas (Calle, Ciudad, Estado, Zona Postal) _____

TRANSPORTACION (Encierre uno) BUS: Conductor _____ CARRO CAMINADOR BOYS & GIRLS CLUB

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Medico _____ Medicaid #: _____

Estudiante vive con: (Encierre uno) MADRE PADRE AMBOS PADRES GUARDIAN: _____

Madre/Guardián: _____ Empleador: _____ Tel. del Trabajo: _____

Padre/Guardián: _____ Empleador: _____ Tel. del Trabajo: _____

Correo Electrónico: Madre: _____ Padre: _____

Por Favor Escriba los nombres de los niños/as en la familia menores de 18:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Grado/Escuela	Nombre	Fecha de Nacimiento	Grado/Escuela
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

INFORMACION DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia y no puedo ser localizado/a, me hijo/a puede irse con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACION MEDICA

Por favor de completar lo siguiente. Por favor de marcar lo que aplique a su hijo/a.

Condiciones	Pasado	Presente	Nombre del medicamento	Daño	Sea Necesario	En casa	Escuela
Asthma							
Diabetes							
Epilepsia/Ataque							
Corazón – tipo de condición: _____							
Alergias – Tipo: comida insecto otro: Reacción: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Severo EpiPen: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Otras Condiciones/Medicamentos Tomados: _____							
Visión: <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Desventaja visual Perdida del Oído: <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Audifono <input type="checkbox"/> Tubos							
Escoliosis – Fecha del diagnóstico: _____ Tratamiento: <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Otro:							
Limitaciones Físicas: _____							
Otra información/restricciones legales que serían significativas en el cuidado de su hijo/a?							

Escriba cualquier problema médico: _____

Escriba las alergias y los reacciones: _____

Medico: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Comfort ISD No proporciona medicamentos. Los medicamentos deben estar en la botella original con una petición firmada por el médico y el padre.

He leído y entendido las políticas de los servicios médicos de CISD. Yo autorizo al personal de Comfort ISD a buscar los servicios médicos de emergencia para mi niño/a, como juzguen necesario. No sostendré a Comfort ISD, administradores (Board of Trustees), o a sus empleados medicamente o financieramente responsables del tratamiento de mi niño/a.

La falsificación de cualquier información en esta tarjeta se castiga con una multa. (Código de Educación de Texas 21.031)

FECHA

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIAN

Regrese a la enfermera de la escuela