

FORMA DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE BERWICK

Complete este formulario en **tinte azul/negro** y devuélvalo inmediatamente a la escuela donde su hijo/a estudia. Este papel estará guardado en el record para usar en el evento de un accidente/enfermedad para contactar a las personas. Si cambia su dirección o número de teléfono – POR FAVOR contacte la Oficina de la Enfermera y de Contabilidad de Niños al: **570-759-6400 ext. 3521.**

GRADO _____ EL MAESTRO DE CLASE _____ # DE AUTOBÚS _____

Nombre del/de la Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Número de Teléfono de Casa: _____ Estudiante vive con: Madre Padre Otro _____

Primer Aviso

Padre/Guardián: _____

Relación al/a la Estudiante _____

Habla: Inglés Español Otro _____

Dirección _____

Teléfono Celular _____

Correo Electrónico _____

Nombre de Trabajo _____

Número de Teléfono de Trabajo _____

Horas que Trabaja (Ej. 8:00-4:30) _____

¿Puede llamar a su trabajo? Sí NO

Segundo Aviso

Padre/Guardián: _____

Relación al/a la Estudiante _____

Habla: Inglés Español Otro _____

Dirección _____

Teléfono Celular _____

Correo Electrónico _____

Nombre de Trabajo _____

Número de Teléfono de Trabajo _____

Horas que Trabaja (Ej. 8:00-4:30) _____

¿Puede llamar a su trabajo? Sí NO

Su doctor _____ Número de teléfono de su doctor _____

¿Puede llamar la enfermera escolar al médico de familia? ___ Sí ___ NO

¿Tiene su hijo/a seguro médico? ___ Sí ___ NO Si se dice que si, ¿Qué tipo? _____

¿Hay otros niños en la escuela? Si hay, escriban sus nombres, escuelas, y grados.

Nombre otras personas que consideren ser responsables por su hijo/a y si no podemos contactarnos con usted. Dele **ATENCIÓN SERIA** a esta selección, como alguien que recogería/cuidaría a su hijo/a en su ausencia.

PRIMER AVISO ALTERNATIVA

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Relación al/a la Estudiante _____

(Pariente, Vecino, Amigo)

Habla: Inglés Español Otro _____

SEGUNDO AVISO ALTERNATIVO

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Relación al/a la Estudiante _____

(Pariente, Vecino, Amigo)

Habla: Inglés Español Otro _____

SOLAMENTE la High School: ¿Da permiso a su hijo/a caminar o conducir a casa si la enfermera le llama? Sí NO

POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO

Iniciales del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA UNA EVALUACIÓN FÍSICA/DENTAL ASIGNADO POR MANDATO

La Ley de la Salud de Escuela de Pennsylvania requiere una evaluación física completa de todos los estudiantes *sobre entrada inicial en escuela y sobre la entrada a los grados sexto y undécimo* y una evaluación dental completa de todos los estudiantes *sobre entrada inicial en escuela y sobre la entrada a los grados tercero y séptimo*. Los estudiantes de otros grados pueden también necesitar una evaluación física/dental si no fue completada anteriormente. Le recomendamos a hacer que esta evaluación requerida sea hecha por su médico/dentista de familia porque tiene un mayor conocimiento del historial médico/dental de su niño/a.

Evaluación Física (K, 6, 11):

- Haré que la evaluación física sea dada por mi médico de familia y devolveré el informe del médico privado completado a la enfermera de la escuela antes del 5 de enero.
 Yo prefiero tener la evaluación física dada por el médico de la escuela.

Evaluación Dental (K, 3, 7):

- Haré que la evaluación dental sea dada por mi dentista de familia y devolveré el informe del dentista privado completado a la enfermera de la escuela antes del 1 de noviembre.
 Yo prefiero tener la evaluación dental dada por el dentista de la escuela.

***Yo entiendo que, si un consentimiento firmado no se devuelve por la fecha listada, estoy dando el consentimiento pasivo para que el medico/dentista de la escuela termine las evaluaciones.**

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL/DE LA ESTUDIANTE: (Por favor marca todo lo que aplique a su hijo/a)

- ADHD indique la medicación actual: _____
 ASMA indique la medicación actual: _____
 DIABETES
 PROBLEMAS CARDIACOS indique restricciones: _____
 DOLORES DE CABEZA indique tratamiento: _____
 CONVULSIONES indique la medicación actual: _____
 OTRO: _____

ALERGIAS:

- COMIDA indique a qué _____
 TINTE ROJO
 PIQUETE DE ABEJA
 OTRO indique qué: _____

Marca los síntomas de la reacción alérgica:

colmena erupción nariz que moquea ojos que pican sibilancias hinchazón facial anafilaxia

Medicamento para tratar la reacción alérgica: (Ej. Benadryl/ Epi Pen) _____

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL YODURO DE POTASIO (KI)

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN SIN PRESCRIPCIÓN: Yoduro de Potasio

RAZÓN DE LA ADMINISTRACIÓN: Protección de la tiroides en caso de lanzamiento del yodo radiactivo

HORA DE SER DADO EN LA ESCUELA: Cuando dado instrucciones por los responsables de sanidad pública en caso de emergencia radiactiva durante horas de escuela.

Nota: En caso de necesidad, por favor consulte con su médico de familia para asegurar que su niño/a no tiene una reacción alérgica al yodo.

POR FAVOR, CÍRCULE SU PREFERENCIA Y FIRME ABAJO:

SÍ Yo quisiera que le dieran a mi niño/a el yoduro de potasio, cuando dado instrucciones por los responsables de sanidad pública, en caso de emergencia radiactiva durante horas de escuela.

NO Yo no quisiera que le dieran a mi niño/a el yoduro de potasio, cuando dado instrucciones por los responsables de sanidad pública, en caso de emergencia radiactiva durante horas de escuela.

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE _____ **GRADO** _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN _____ **FECHA** _____