

DISTRITO ESCOLAR DE OCEAN CITY
OCEAN CITY, NEW JERSEY 08226
SERVICIO ESCOLAR DE SALUD

FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Este formulario DEBE ser completado y entregado a la enfermera de la escuela lo antes posible y a más tardar el 15 de agosto de 2013.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO ACTUAL:** _____

ESTE CUADRO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿El niño tiene seguro médico?

Sí: Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre de la compañía: _____

No: **Si su respuesta es negativa, por favor, lea y firme a continuación.**

NJ Family Care provee un seguro médico gratuito o de bajo costo para los niños que no tienen seguro médico y para algunos padres de bajos ingresos.

Para obtener más información, contáctese al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para tramitarlo por Internet. Usted puede proporcionar mi nombre y dirección al Programa de NJ Family Care para que me contacten por el seguro médico.

Firma: _____ **Aclaración:** _____ **Fecha:** _____

Consentimiento escrito requerido conforme al 20 U.S.C. § 1232g (b)(1) y 34 C.F.R. 99.30 (b)

INFORMACIÓN MÉDICA: Por favor, proporcione la siguiente información acerca del estudiante.

¿Su hijo/a tiene asma? **Sí o No** Si la respuesta es afirmativa, ¿usa un inhalador? **Sí o No** ¿Tratamientos con nebulizador? **Sí o No**

¿Alergias?: _____ Reacciones: _____

¿Su hijo/a tiene EpiPen? **Sí o No** ¿La lleva consigo? **Sí o No** (si la respuesta es afirmativa, DEBE archivar un certificado actualizado del médico en la oficina de salud)

¿Su hijo/a alguna vez tuvo una convulsión? **Sí o No** Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuándo y con qué frecuencia? _____

Actualmente, ¿toma algún medicamento? **Sí o No** Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de medicamento? _____

¿Su hijo/a tiene alguna otra enfermedad o limitaciones que nosotros deberíamos saber? _____

¿Su hijo/a alguna vez fue hospitalizado/a O se sometió a una cirugía? **Sí o No** Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuándo y por qué motivo? _____

Enumere la atención médica/quirúrgica que haya recibido durante el último año:

Último examen dental: _____ Fecha _____ Ortodoncia **Sí o No**

Último examen oftalmológico: _____ Fecha _____ Lentes de contacto: **Sí o No** Anteojos: **Sí o No**

Inmunizaciones/refuerzos de vacunas _____ Fecha _____ tipo _____

Médico _____ Teléfono # _____

Odontólogo _____ Teléfono # _____

Hospital _____ Teléfono # _____

El que suscribe, autoriza por el presente a las autoridades de las Escuelas Públicas de Nueva Jersey a contactar directamente a las personas nombradas en este documento, y autoriza a los médicos mencionados a proporcionar la asistencia médica que pueda ser necesaria ante una emergencia en beneficio de la salud del niño en cuestión. En caso de que los médicos, las otras personas indicadas en este documento o los padres no puedan ser contactados, las autoridades de la escuela están autorizadas por el presente a tomar las medidas que consideren necesarias según su opinión en beneficio de la salud del niño en cuestión. No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por la atención médica de urgencia ni por el traslado del niño/a mencionado/a.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Teléfono celular #