

Emergencia del estudiante / Información médica

Apellido/*Last Name* _____ Nombre/*First Name* _____ Fecha de nacimiento/*DOB* _____
 Escuela/*School* _____ Salón/*Sección/Room/Sec* _____ Grado/*Grade* _____

Dirección/*Home Address* _____ Teléfono de casa/*Home phone* _____
 Madre/*Mother* _____ correo electrónico/*email* _____ teléfono/*phone* _____
 Padre/*Father* _____ correo electrónico/*email* _____ teléfono/*phone* _____
 Encargado/*Guardian* _____ correo electrónico/*email* _____ teléfono/*phone* _____

Contactos de emergencia (que no son los padres) deben ser locales y estar disponibles para ser contactados:
Nombre y relación con el niño/*Name and Relationship to child* Teléfono/*Phone*

1. _____
 2. _____

Médico del niño/*Clínica / Child's Doctor/Clinic* _____ Teléfono/*Phone* _____
Seguro médico/*Medical Insurance*: Asistencia médica/*MA* _____ *CHIP* _____ Privado/*Private* _____
 Nombre de la compañía de seguro/*Insurance Company* _____ Número de póliza/*Policy Number* _____

<p>Por favor marque con un círculo si le permite a la enfermera darle medicina a su hijo(a)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Acetaminofén/ <i>Acetaminophen (Tylenol)</i></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SÍ/ YES</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Ibuprofeno (Advil, Motrin)</td> <td style="text-align: center;">SÍ/ YES</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	Acetaminofén/ <i>Acetaminophen (Tylenol)</i>	SÍ/ YES	NO	Ibuprofeno (Advil, Motrin)	SÍ/ YES	NO	<p>Por favor MARQUE con un círculo si su hijo:</p> <p>Usa: Lentes/<i>Glasses</i> Audífono/<i>Hearing aid</i> Tiene: Convulsiones/<i>Seizures</i> Diabetes Asma/<i>Asthma</i> THDA/<i>ADHD</i> Lista de alergias: Sustituciones alimenticias requieren una nueva orden de su profesional de salud cada año</p> <p>_____</p> <p>Otros problemas de salud/<i>Other Health Problems:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Acetaminofén/ <i>Acetaminophen (Tylenol)</i>	SÍ/ YES	NO					
Ibuprofeno (Advil, Motrin)	SÍ/ YES	NO					

¿Toma medicamentos su hijo(a)?/*Does your child take medication?* ___ NO ___ Sí/*YES* (por favor liste)

Medicamento/ <i>Medication</i>	Dosis/ <i>Dose</i>	Frecuencia/Hora/ <i>Frequency/Time</i>	Razón/ <i>Reason</i>

**Su firma otorga permiso para brindar tratamiento de emergencia; también para que las(los) enfermeras(os) del Distrito Escolar de Filadelfia administren los medicamentos que Ud. indica en este formulario de emergencia, durante el horario escolar, en viajes escolares y actividades después de la escuela.
 Autorizo a la(el) enfermera(o) a comunicarse con el proveedor de salud de mi hijo(a) y a que el mismo responda según sea necesario sobre el cuidado de mi hijo/a.**

Firma del padre/encargado / *Parent/Guardian Signature*

Fecha/*Date*

OPCIONAL

Uso tópico de protector solar sin aerosol en la escuela

Los padres/encargados pueden optar por proporcionar a su hijo(a) un **protector solar tópico sin aerosol** si está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés). Para que un estudiante se aplique protector solar durante las horas escolares, en una actividad patrocinada por la escuela o mientras se encuentra bajo la supervisión del personal de la escuela, el padre/encargado debe completar las declaraciones a continuación.

Declaración del padre / tutor

- Al firmar a continuación, confirma que comprende que la escuela no es responsable de garantizar que el(la) estudiante se aplique el protector solar.
- Al firmar a continuación, confirma que el(la) estudiante ha demostrado que puede aplicar el protector solar por sí mismo(a).

Firma del padre/encargado: _____ Fecha: _____

La escuela puede cancelar o restringir la posesión, la aplicación o el uso de un producto de protección solar tópica sin aerosol por parte de un(a) estudiante si ocurre alguna de las siguientes circunstancias:

- El(la) estudiante no cumple con las reglas de la escuela con respecto a la posesión, aplicación o uso del producto de protección solar tópica sin aerosol.
- El(la) estudiante muestra una falta de voluntad o incapacidad para proteger el producto de protector solar tópico sin aerosol del acceso de otros estudiantes.

Si la escuela cancela o restringe la posesión, aplicación o uso de un producto de protección solar tópico sin aerosol por parte de un(a) estudiante, la escuela deberá proporcionar un aviso por escrito de la cancelación o restricción a los padres/encargados del/de la estudiante.