

Escuelas Públicas de Albuquerque  
Formulario de información para emergencias de 2013-2014

Información sobre el estudiante <i>(ST410)</i>			GRADO _____
# de identif. del estudiante:	Apellido:	Nombre:	Inicial 2º nombre :
Sexo:	Fecha de inscripción:	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			
Tel. del hogar:		Idioma de contacto del padre de familia:	
Última escuela donde asistió:			

Familiares de primer contacto (a quienes llamaremos primero) <i>(CE010 y CE220)</i>				
Nombre del padre o tutor:	Parentesco:	Tel. del trabajo:	Tel. celular:	Vive el alumno con:
Nombre del padre o tutor:	Parentesco:	Tel. del trabajo:	Tel. celular:	Vive el alumno con:

Contactos de emergencia (a quienes llamaremos si no se logra contactar al padre o tutor) <i>(ST015)</i>				
Nombre:	Parentesco:	Tel. del hogar:	Celular:	Trabajo:
Nombre:	Parentesco:	Tel. del hogar:	Celular:	Trabajo:
Nombre:	Parentesco:	Tel. del hogar:	Celular:	Trabajo:
Nombre:	Parentesco:	Tel. del hogar:	Celular:	Trabajo:

HISTORIAL DE SALUD DEL ALUMNO: <input type="checkbox"/> INCLUYENDO LAS QUE SE ENUMERAN ABAJO, MY HIJO(A) NO TIENE CONDICIONES DE SALUD O POR FAVOR MARQUE EL(LOS) CUADRANTE(S) QUE SEAN APROPIADOS).			
<b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Alimento (Enumere):	<input type="checkbox"/> Otras Alergias (Enumere):	<input type="checkbox"/> tiene una receta de EpiPen
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> congénito/genético	<input type="checkbox"/> oídos/nariz/garganta	<input type="checkbox"/> pulmonar (diferente del asma)
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> ojos/vista	<input type="checkbox"/> diabetes (marque uno)	<input type="checkbox"/> cardiovascular (lista) _____
Necesita inhalador en la escuela: S N	Usa lentes/lentes de contacto: S N	Tipo 1                      Tipo 2	Presión alta: S N
<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> dermatológica/piel	<input type="checkbox"/> estomacal/gastrointestinal	<input type="checkbox"/> musculoesqueletal
<input type="checkbox"/> migrañas	<input type="checkbox"/> trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/> vejiga/genitourinario	<input type="checkbox"/> dental/oral
	<input type="checkbox"/> endocrina, diferente de la diabetes	<input type="checkbox"/> hematológica/trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> psiquiátrica (detalle los medicamentos):
Cualquier otra condición de salud:		Medicamentos de largo plazo (Enumere):	

PROVEEDOR PRINCIPAL DE ATENCIÓN MÉDICA/INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO		
Seguro de Salud del Alumno:	Nombre del subscriptor:	# de identif.:
En caso de que mi hijo/a tenga una emergencia Y NO SE ME PUEDA CONTACTAR, entiendo que se podría contactar a servicios médicos de emergencia y mi hijo/a podría ser transportado/a al siguiente proveedor/hospital para recibir atención médica de emergencia:		
Proveedor de Salud:	Teléfono:	
Dentista:	Teléfono:	
Hospital:	Teléfono:	

Si por alguna razón, NO ME PUEDEN CONTACTAR A MI NI A LOS PROVEEDORES U HOSPITALES INDICADOS ANTERIORMENTE, entiendo que se coordinará el transporte y atención médica apropiados para mi hijo/a, CON CUALQUIER proveedor médico, hospital o centro médico apropiado. Esta autorización no cubre cirugías mayores a menos que un médico/dentista estén de acuerdo con la necesidad. Nada en esta sección debe interpretarse de forma que se responsabilice al oficial escolar o empleado escolar, que de buena fe, intente cumplir con esta sección. Entiendo que seré económicamente responsable por toda la atención de emergencia. Autorizo al personal de la enfermería de la escuela a contactar a los proveedores indicados anteriormente para el manejo médico de mi hijo/a. Entiendo que la información de esta tarjeta, será compartida con el personal apropiado solo en la medida de lo necesario. Entiendo que se pueden realizar pruebas de detección a menos que proporcione notificación escrita a la enfermería de la escuela pidiendo que se nos exonere de estas pruebas de detección.

Firma del los Padres/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FIRST NAME:

LAST NAME:

