

## TARJETA DE EMERGENCIA MÉDICA

### Favor de Completar y Regresar Inmediatamente

Las Escuelas Públicas de Las Cruces – Información Médica Confidencial sobre el Estudiante

**Propósito:** Otorgar a los padres o guardianes la oportunidad de autorizar el tratamiento de emergencia para niños que se enferman o lastiman mientras están bajo la autoridad escolar y cuando los padres no pueden ser localizados. Después de completar esta forma, los padres deben de regresarla a la escuela. La forma original y cualquier copia después podrá ser utilizada para identificar las opciones médicas por parte del suscrito padre/guardián.

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante (apellido) \_\_\_\_\_ (Primer Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial de Segundo Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Domicilio de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo/# de tel. de empleo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ # de teléfono de casa \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo/# de tel. de empleo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ # de teléfono de casa \_\_\_\_\_

¿A quien quiere que llamemos primero? \_\_\_\_\_

Favor de anotar **en orden de preferencia** los tres nombres de familiares y/o amigos que asumirán la responsabilidad por su hijo en caso de alguna emergencia y/o enfermedad, hasta que usted pueda ser localizado.

Nombre/relación \_\_\_\_\_ # de teléfono de empleo \_\_\_\_\_ # de celular \_\_\_\_\_ # de tel. en casa \_\_\_\_\_

Nombre/relación \_\_\_\_\_ # de teléfono de empleo \_\_\_\_\_ # de celular \_\_\_\_\_ # de tel. en casa \_\_\_\_\_

Nombre/relación \_\_\_\_\_ # de teléfono de empleo \_\_\_\_\_ # de celular \_\_\_\_\_ # de tel. en casa \_\_\_\_\_

#### Nombres de los niños que viven en casa y que asisten a Las Escuelas Públicas de Las Cruces

1. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ 4. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ 5. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ 6. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Nota:** Los padres/guardianes son responsables de **notificar** a la **enfermera o secretaria de la escuela** sobre cualquier **cambio** de información descrita en esta forma.

(Correo electrónico)

\_\_\_\_\_ (opcional)

COMPLETE AL DORSO →

## HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

1. Por favor indique si el estudiante **ACTUALMENTE** está bajo tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones:

- |                                                                               |                                                                                       |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Psych/ Salud Mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           | Genitor urinario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               |
| Dermatológicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        | Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                          | Oído, nariz, garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          |
| Problemas del Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otros problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de la vista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          |
| ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No              | Gastrointestinales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Endocrino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                      |
| Neurológicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          | Congénito/Genético <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Circule Tipo I o II) |

Si contesto sí a alguna condición, por favor explique: \_\_\_\_\_

Alérgico(a) a algún medicamento  Sí  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_

**Alergia peligrosa a alguna comida** (el estudiante requiere de medicamentos de emergencia en casa **y** en la escuela) ejemplo: Epinefrina  Sí  No

Si tiene alguna explique: \_\_\_\_\_

Medicamentos de emergencia recetados: \_\_\_\_\_

**Alergia no peligrosa**  Sí  No explique (Comida): \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

2. ¿El estudiante usa lentes o contactos?  Sí  No lentes/contactos todo el tiempo para leer para ver de lejos

3. ¿Necesita el estudiante algún medicamento **DURANTE LAS HORAS DE CLASE?**  Sí  No Por favor de leer el Manual Escolar Para Padres  
Medicamento(s): \_\_\_\_\_

¿Toma el estudiante algún medicamento **EN CASA?**  Sí  No Indique cuales medicamentos:  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. ¿Ha sido hospitalizado el estudiante por alguna enfermedad seria, cirugía o accidente **en EL AÑO PASADO**  Sí  No  
Por favor de indicar incidentes hacia abajo:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

5. Por favor indique **CUALQUIER OTRA** condición médica **ACTUAL** (dental, dermatológica, desorden alimenticio, migrañas, músculo esquelético, cáncer, alergias de temporada, embarazo, etc.) que piense que la enfermera escolar debería saber y que no se enlista anteriormente:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Por favor consulte con la enfermera escolar si respondió que SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores.  
A menos que se notifique lo contrario, esta información puede ser compartida con otros miembros del personal, según corresponda.**

Proveedor de Cuidado de Salud \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**Hospital de Preferencia:**  Memorial Medical Center  Mountain View Regional Medical Center

Información sobre Seguro (Aseguranza): Favor de marcar todo lo que aplique.

Seguro de Salud.  Medicaid/Salud. #ID Medicaid \_\_\_\_\_  Sin seguro  Seguro Escolar

Si se requiere el servicio que involucra la acción o tratamiento médico, las autoridades escolares podrán obtener el servicio médico y/o el transporte de los estudiantes. Esfuerzos razonables, dadas las circunstancias, se harán para contactar a los padres o/el tutor legal con el propósito de obtener el consentimiento. Nada de lo que hay en esta sección debe de ser interpretado de manera que imponga responsabilidad en algún oficial escolar o empleado escolar quién, en buena fe, intenta cumplir con esta sección. Queda entendido que el padre/guardián llevará responsabilidad financiera por toda la atención de emergencia incluyendo transporte EMS.

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_