



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

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/Clinica / 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_____

Por favor marque con un círculo si le permite a la enfermera darle medicina a su hijo(a)			Por favor MARQUE con un círculo si su hijo: Usa: Lentes/Glasses _____ Audífono/Hearing aid _____ Tiene: Convulsiones/Seizures _____ Diabetes _____ Asma/Asthma _____ THDA/ADHD _____ Lista de alergias: Sustituciones alimenticias requieren una nueva orden de su profesional de salud cada año _____ _____ Otros problemas de salud/Other Health Problems _____ _____
Acetaminofén/ Acetaminophen (Tylenol)	SÍ/ YES	NO	
Ibuprofeno	SÍ/ YES	NO	

La atención médica y/o dental de emergencia, incluida la administración de medicamentos de emergencia, incluidos los inhaladores de albuterol y EpiPens, que pueden ser necesarios para preservar la vida de mi hijo o para evitar el deterioro de su salud en caso de que el tiempo no permita obtener mi información personal. consentimiento para dicha atención. Entiendo que me contactarán lo antes posible y asumiré la responsabilidad de dar permiso para la atención continua.	
_____ Firma del padre/encargado / Parent/Guardian Signature	_____ Fecha/Date

¿Toma medicamentos su hijo(a)?/Does your child take medication? _____NO _____Sí/YES (por favor liste)

Medicamento/ Medication	Dosis/ Dose	Frecuencia/Hora/ Frequency/Time	Razón/ Reason

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.