

Forma de Salud y Emergencia 2016-17

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Numero de Casa #: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo de padre: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo de madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de hermanos/a/Grado: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Nombre de doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ MA/ArKids? Si No

Seguranza de Salud? Sí No

**Tiene su hijo/a alguna condición de salud, alergias, Cirugías o medicamento que tome en la escuela? Si, si por favor enumerarlos:**

**Tiene su hijo/a ASMA? \_\_\_\_\_ Si es asi, tiene el un inhalador con él/ella? \_\_\_\_\_**

**Tiene su hijo/a una alergia que requiera una epi-pen? \_\_\_\_\_ SI ES ASI, POR FAVOR DE VER A LA ENFERMERA.**

**Por favor de circular el medicamento que usted le permita a su hijo/a tomar en la escuela, si el/ella lo necesita:**

|                             |              |              |                                   |       |          |
|-----------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------|-------|----------|
| Tylenol                     | Motrin/Advil | Pepto Bismol | Tums                              | Midol | Benadryl |
| Delsym (jarabe para la toz) |              |              | Phenylephrine (descongestionante) |       |          |

Voy a notificar a la escuela de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, contactos de emergencia o estado de salud de mi hijo/a. Yo entiendo que la información anterior puede divulgarse a entidades empleados del Distrito Escolar de Berryville y personal de emergencia con el fin de facilitar la asistencia médica para mi hijo/a. Entiendo que en caso de una emergencia, EMS tratar y transportar a mi hijo/a al hospital más cercano. El hospital y su personal médico tienen mi autorización para proporcionar un tratamiento que considere necesario un médico para el bienestar de mi hijo/a. No haré responsable al distrito escolar de Berryville financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de dicho niño/a.

Reconozco que el distrito escolar de Berryville, los Directores de la mesa directiva y empleados escolares estarán exentos de responsabilidad civil por daños y perjuicios resultantes de la administración de medicamentos de acuerdo con este consentimiento.

En cumplimiento de los Derechos de la Familia Educación y Privacidad (FERPA) (20 USC y 1232g: 34 CFR Parte 99), doy permiso para que mi hijo/a de los registros de educación información / estudiante de identificación personal para su divulgación al ISEP a los efectos de la facturación de Medicaid y / o seguro privado.

En cumplimiento de los Derechos de Educación Familiar y Privacidad (FERPA) (20 USC y 1232g: 34 CFR Parte 99), doy permiso para que mi hijo participe en la Clínica de Vacunación Escolar. Entiendo que esto es opcional y que el Departamento de Arkansas apropiada de los formularios de consentimiento Salud será proporcionado para mi consideración antes de la clínica.

Firma de Padres/guardianes: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

