

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	Tums	Benadryl
---------	--------------	------	----------

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: _____