

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LA SALA DE EMERGENCIA SANITARIA -
DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE COATESVILLE**

Apellido _____ Primer Nombre _____ Masculino/Femenino Fecha de Nacimiento _____ Grado/Sala _____

Dirección de Casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Número de Teléfono de Casa _____
Vive con: Madre ___ Padre ___ Ambos ___ Tutor ___ Nombre del Tutor: _____
Nombre de la Madre _____ Nombre del Padre _____
Lugar de Empleo: _____ Lugar de Empleo _____
Teléfono del Lugar de Empleo _____ Teléfono del Lugar de Empleo _____
Número de Celular _____ Número de Celular _____
Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

¿A quién debemos contactar primero? _____

SI EL PADRE O TUTOR NO PUEDE SER LOCALIZADO, COMUNÍQUESE CON:

Nombre	Relación con el Estudiante	Número Telefónico Diurno
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

AUTORIZO A QUE LE SEAN SUMINISTRADOS LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS A MI HIJO(A), CUANDO SEA NECESARIO:

Acetaminofén (ej. Tylenol genérico)	Si _____	No _____
Ibuprofeno (Advil/Motrin genérico)	Si _____	No _____
Difenhidramina (Benadryl genérico)	Si _____	No _____
Menta (para el dolor de estómago)	Si _____	No _____
Tums/Maalox (para el dolor de estómago)	Si _____	No _____

HISTORIA MÉDICA

¿Tiene el estudiante ALGUNA alergia? SI/NO. ¿Cuál? Describa su reacción y tratamiento _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento en casa o en la escuela? ¿Cuál y para qué? Dosis? _____

Por favor, encierre en un círculo, las condiciones médicas o que requieran atención actualmente: ASMA DIABETES
CONVULSIONES MIGRAÑAS ENFERMEDAD DE LYME PROBLEMAS DEL CORAZÓN
ANSIEDAD DEPRESIÓN TDA/TDAH GAFAS/LENTE DE CONTACTO AUDÍFONOS
FRENILLOS OTRO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía de seguros _____ Número de póliza _____
Seguro dental _____ Si _____ No _____ Seguro para la visión _____ Si _____ No _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombres de hermanos y hermanas que asisten al Distrito Escolar del Área de Coatesville
Nombre _____ Grado _____ Maestra/o _____ Escuela _____
Nombre _____ Grado _____ Maestra/o _____ Escuela _____

LA DOCUMENTACIÓN DE LOS EXÁMENES PRIVADOS, DEBE PRESENTARSE ANTES DEL 1º DE ENERO DEL AÑO ESCOLAR OBLIGATORIO Y PUEDE REALIZARSE A PARTIR DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR . POR FAVOR, INDIQUE SU PREFERENCIA (Los exámenes escolares se realizan durante la jornada escolar y son gratis. Contacte a la enfermera, si desea estar presente):

FÍSICO (Requerido en grados Kindergarten, Sexto (6), y Undécimo (11))

_____ Examen escolar (Por favor complete la página del historial de salud del formulario físico)

ATENCIÓN: **LAS VACUNAS NO SE ADMINISTRAN EN LA ESCUELA**

_____ Examen Físico privado (La documentación puede estar en el formulario oficial o una copia impresa de su médico)

EXAMEN DENTAL (Requerido en grados K, 3 y 7) _____ Examen escolar _____ Examen privado

Autorizo a compartir con el personal apropiado de la escuela, la información suministrada en éste formulario. Así como también, autorizo al Distrito Escolar del Área de Coatesville, a dar y recibir información del médico de la familia (vacunas, diagnósticos, exámenes y tratamientos).

Firma del padre / tutor legal

Fecha