

## Meridian CUSD # 223 Formulario de Información Médica / Emergencia Médica

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
El nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Hospital preferido: \_\_\_\_\_ Número de Medicaid (si corresponde): \_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

**(Tenga en cuenta que: Cualquier receta o mediación de venta libre que se necesite en la escuela requiere un permiso de medicamento M223 completo de su médico y firmado por un padre.)**

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes? **Por favor marque todos los que aplican y explique los artículos marcados.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Trastorno del estado de ánimo _____  |
| <input type="checkbox"/> Comida _____                   | <input type="checkbox"/> Problemas óseos / articulares _____  |
| <input type="checkbox"/> Medicación _____               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel _____          |
| <input type="checkbox"/> Picadura de insecto _____      | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre _____            |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                     | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo _____       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____                 | <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento _____          |
| <input type="checkbox"/> Asma _____                     | <input type="checkbox"/> Problemas de audición o vision _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia _____ | <input type="checkbox"/> Problemas del habla _____            |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD _____               | <input type="checkbox"/> Otro _____                           |

¿Ha tenido su hijo algún accidente grave? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? ¿Por qué? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido operado alguna vez? Explique \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo seguro de salud? \_\_\_\_\_

Si respondió que no, ¿Estaría interesado en recibir asistencia para obtener un seguro? \_\_\_\_\_

Cualquier otra inquietud o restricción de salud: \_\_\_\_\_

**Doy permiso para compartir esta información de salud con el personal de la escuela que trabaja con mi hijo/hija. Si no puedo ser contactado en una emergencia, y la atención médica inmediata es el mayor interés de mi hijo/hija en el juicio de las autoridades escolares, yo autorizo a las autoridades escolares responsables a enviar a mi hijo (adecuadamente acompañado) a un hospital disponible.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

**\*Un nuevo formulario debe ser completado y entregado en cada año escolar**