



Brazosport ISD Forma de Médica de Emergencia

Nombre Legal del Estudiante: _____ Año Escolar: _____

Apellido Primero Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M ___ F ___ Grado: _____

Mes Día Año

Dirección Ciudad Código postal Dirección postal Ciudad Código Postal

Nombre del médico del estudiante: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

El estudiante vive con: (circulo uno) Padre Madre Ambos Tutor Otro (especificar) _____

Nombre de la madre

Teléfono de la casa de la madre

Teléfono del trabajo del de la madre

Teléfono celular de la Madre

Nombre del Padre

Teléfono de la casa del padre

Teléfono del trabajo del padre

Teléfono celular del padre

LISTA DE DOS VECINOS O PARIENTES CERCANOS que asumirá CUIDADO TEMPORAL DEL ESTUDIANTE SI NO se puede llegar.

1. _____
 Nombre Relación con el estudiante Teléfono de la casa Teléfono del Trabajo Teléfono del Celular

2. _____
 Nombre Relación con el estudiante Teléfono de la casa Teléfono del Trabajo Teléfono del Celular

¿Tiene el estudiante / tenido alguna de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, por favor explique.

- Sí No Asma (Nombre del inhalador) _____
- Sí No Alergias: Respiratorios _____ Medicamentos _____ Alimentos _____ Otros _____
- Sí No Cargar una Epipen para reacción alérgica _____
- Sí No Varicela: En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes Año _____
- Sí No Diabetes _____
- Sí No Discapacidad auditiva / Tubos _____
- Sí No Condición Corazón _____
- Sí No ADD / ADHD (Nombre del medicamento) _____
- Sí No Estómago / Trastorno de Colón _____
- Sí No Trastorno del Riñón _____
- Sí No Deterioro Ortopédico _____
- Sí No Antecedentes de reacciones alérgicas graves a las picaduras de insectos que requiere medicación o atención de emergencia _____
- Sí No Convulsiones / Epilepsia (Nombre del medicamento) _____
- Sí No Migrañas (Nombre del medicamento) _____
- Sí No Discapacidad Visual - lleva gafas o contactos (marque uno) _____
- Sí No Acepta medicación prescrita diariamente en casa (Nombre del medicamento) _____
- Sí No Necesita tomar medicamentos todos los días en la escuela (Nombre del medicamento) _____
- Sí No Actividades restringidas debido a la condición física o médica _____
- Sí No Otra Discapacidad / Problema de Salud _____

Los estudiantes deben tener un médico nota actual en el archivo con el fin de llevar a epipens, inhaladores para el asma y suministros para la diabetes

***** NOTA: Todos los medicamentos deben 1. Ser transportados a la escuela por el padre o tutor. 2. Tener un permiso nota del padre / tutor que debe darse en la escuela. 3. Estar en la botella / envase original.**

EN CASO DE EMERGENCIA, AUTORIZO FUNCIONARIOS BISD PARA ASEGURAR EL TRATAMIENTO MÉDICO. ENTIENDO EL ESTUDIANTE SE GENERALMENTE llevaron en ambulancia a MAS CERCANO centro de emergencias. YO NO MANTENER EL DISTRITO ESCOLAR O SUS EMPLEADOS FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y / O TRANSPORTE PARA dijo el estudiante.

Padre / Tutor firma se requerir

Fecha