

2020-21 Ficha de emergencia



Nombre completo del/de la estudiante: _____

Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____

En caso de suceder un accidente u otra emergencia en ausencia de uno de los padres de fam./tutor, por la presente autorizo a la escuela a tomar las medidas necesarias para que mi hijo/a reciba atención médica u hospitalaria, incluido el transporte a un hospital. Acepto pagar todos los gastos incurridos. En las circunstancias señaladas anteriormente, autorizo asimismo al doctor que se señala a continuación para que preste dicha atención médica y el tratamiento que considere necesario para mi hijo/a. Si no se encontrara disponible este mismo doctor, autorizo que la atención médica o tratamiento provenga de cualquier doctor o cirujano debidamente certificado.

Nombre de doctor: _____ Teléfono # _____

Dirección: _____

Póliza o cobertura de salud: _____ # de identificación del plan médico _____

Si mi hijo/a se enferma o se tiene una emergencia y no me pueden ubicar, por favor llamen o entreguen a mi hijo/a a: (por lo menos dos personas)

Nombre: _____ Teléfono _____

Relación con niño/a: _____

Nombre: _____ Teléfono _____

Relación con niño/a: _____

Nombre: _____ Teléfono _____

Relación con niño/a: _____

¿Alguna de las condiciones siguientes corresponden a su hijo/a?

- ☐ Educación especial (Algún servicio especial, habla, clases en día especial o SDC, plan individualizado o IEP)
- ☐ Plan 504
- ☐ Adolescente en programa de acogida familiar
- ☐ Expulsión

Firma de padre de fam./Tutor: _____

Fecha: _____

Información de la salud

☐ Mi hijo/a no tiene alergias u otras condiciones médicas conocidas

¿Su hijo/a ha tenido alguna de las condiciones siguientes? (marque todas las que sea necesario)

- ☐ Asma (fecha de último ataque)____/____/____
- ☐ Hiperactividad y déficit de atención (ADD/ADHD)
- ☐ Alergia a alimentos (mencione cuáles) _____
- ☐ Alergia a medicamentos (mencione cuáles) _____
- ☐ Alergia a picazón de abeja
- ☐ Diabetes
- ☐ Problemas del corazón
- ☐ Migrañas
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Problemas de visión
 - ☐ Usa anteojos/Lentes de contacto
- ☐ Problemas de escucha
 - ☐ Usa dispositivo de ayuda auricular
- ☐ Condición de salud mental
- ☐ Otras alergias graves _____
- ☐ Condición crónica del corazón _____
- ☐ Procedimiento de salud especializado: _____
- ☐ Otro: _____

Mencione los medicamentos prescritos y dosis:

¿El medicamento se debe tomar en horas de escuela? Y N

Alguna condición que limita la participación en:

- ☐ Actividades en la sala de clase
- ☐ Educación física

Por favor explique: _____

La información de la salud obtenida a través de esta ficha de emergencia y otras fuentes durante el año escolar, puede compartirse con personal de la escuela, en los casos en que sea apropiado para proteger la salud y el bienestar del menor.

¿Alguna de las anteriores ponen en riesgo la vida? _____