



# Tarjeta de Información de Emergencia del Estudiante

La información personal que proporcione en este formulario se mantendrá confidencial (en área protegida) y solo será utilizada y divulgada por el personal de la escuela cuando sea necesario. **Este formulario es necesario para acceder a todos los servicios de salud, así como a excursiones y actividades extracurriculares.** Es responsabilidad de los padres proporcionar a la escuela cualquier cambio o actualización a la información de su hijo.

Nombre del Estudiante	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
	Apellido	Nombre	Teléfono #
Nombre del Padre	Apellido	Nombre	Teléfono #
Contacto de Emergencia	Apellido	Nombre	Teléfono #
Medicación	Dirección		
	¿Su hijo toma medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, todos los medicamentos que se envíen a la escuela deben estar en su envase original con una fecha actual y el nombre del niño. Antes de que el medicamento pueda ser administrado, el médico y el pariente deben completar y firmar un formulario de "Permiso para Administrar Medicamentos", que debe estar archivado en la escuela.

Información del Seguro de Salud	Medicamento	Dosis	Hora(s) Dada(s)
Visión y Audición	Por favor marque la casilla correspondiente: <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Familiar <input type="checkbox"/> Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Florida Kid Care <input type="checkbox"/> No Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> Otro Seguro _____ Póliza # _____		
	¿Su hijo usa contactos/gafas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Usa su hijo aparato del oído? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Proveedores de Servicios de Salud	Medico	Nombre	Teléfono
	Dentista	Nombre	Teléfono

Marque todos los que correspondan:

Asma Si está marcado, usa inhalador?  Si  No  ¿Una medicación diaria?  
 Convulsiones Si está marcado, en medicación?  Si  No  
 Diabetes Si está marcado, depende de la insulina?  Si  No  
 Limitaciones de Movimiento \_\_\_\_\_  
 Enfermedades recientes/hospitalización/cirugía (describa) \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Alergias Severas? Si está marcado, por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 Alimentos/Ambientales Alergias requieren:  EpiPen  
 Picaduras de Insectos/abejas  Benadryl  
 Medicamentos/Fármaco

Entiendo y acepto que ciertos registros educativos relacionados con la salud de mi hijo se compartirán con los socios de atención médica del distrito (que incluyen PanCare of Florida, Inc., y el Departamento de Salud de Bay County) según sea necesario para proporcionar y evaluar los servicios de salud para estudiantes. También entiendo y acepto que los registros de tratamiento médico de mi hijo creados por el personal de atención médica de la escuela pueden compartirse con funcionarios escolares que tienen un propósito educativo legítimo para acceder a dichos registros de tratamiento. También autorizo a los socios de atención médica del distrito a que se comuniquen con el pediatra o médico de mi hijo para obtener información médica personal relacionada con los servicios de salud para estudiantes.

Por la presente doy mi consentimiento para que la información médica de mi hijo, la información de contacto de los padres y otra información de salud (recopilada de los servicios de salud provistos en la escuela, incluida la información almacenada electrónicamente) se comparta con el personal de emergencia y los funcionarios del departamento de salud para abordar las condiciones de importancia para la salud pública, incluida la información para reunirse y prepararse para condiciones de salud potenciales o confirmadas.

**La escuela tiene mi permiso para buscar tratamiento médico de emergencia en caso de un accidente o enfermedad grave.** En caso de un accidente o enfermedad en el que no se indique el tratamiento inmediato de mi hijo, pero en el caso de que él/ella no pueda permanecer en la escuela, solicito que se comunique con las personas que figuran en el Portal de Padres FOCUS y se les solicite cuidar de mi hijo en caso de que no pueda ser contactado. También autorizo el intercambio de información médica según sea necesario para apoyar la continuidad de la atención para mi hijo. En el caso de una emergencia en un viaje o evento patrocinado por la escuela, doy mi consentimiento a todos y cada uno de los tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que un médico calificado considere oportuno.

La información médica y otro tipo de información se divulgará sin el consentimiento del padre/alumno elegible en caso de emergencias médicas, según lo permita FERPA. La escuela llamara para la atención médica de emergencia según sea necesario. Se autorizara el transporte de emergencia a un centro de atención médica, según lo determinen los paramédicos.

**SI DOY** mi consentimiento para que Bay District Schools y sus socios contratados facturen a mi seguro/Medicaid por los servicios prestados.  
 **NO DOY** mi consentimiento para que Bay District Schools y sus socios contratados facturen a mi seguro/Medicaid por los servicios prestados.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

