

# BDS TARJETA DE INFORMACION DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES

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

Información del Estudiante		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Dirección		
Escuela	Grado/Profesora de Aula	

Información del Padre		
Apellido	Primer Nombre	
Tel. Cell	Tel. del Trabajo	Tel. de Casa
¿Es el estudiante de una familia militar en servicio activo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿qué rama? _____		
¿Es el estudiante hijo de un empleado del Departamento de Defensa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Información Médica		
Seguro de Salud SI/NO	Compañía de Seguros: _____	Póliza # _____
Medicaid # _____	Tricare Sponsor ID # _____	Florida Kid Care: SI/NO

¿Toma su hijo medicamento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si su hijo requiere medicamentos en la escuela, todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el recipiente original de la receta médica con una fecha actual y el nombre del niño. Antes de que se pueda administrar el medicamento, el médico y el padre deben completar y firmar un formulario, " <b>Permiso para Administrar Medicamento</b> " y debe estar archivado en la escuela.		

Medicamento	Dosis	Hora(s) para Administrar

¿Usa su hijo contactos/gafas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Usa su hijo audífonos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

**Marque todo lo que corresponda a su hijo:**

<input type="checkbox"/> Asma	Si es si, usa inhalador/medicamento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diabetes	Si es si, ¿depende de la insulina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Convulsiones	Si es si, toma medicamento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	Si es si, ¿toma medicamento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Limitaciones de Movimiento \_\_\_\_\_

Enfermedades recientes/hospitalización/cirugía (describa) \_\_\_\_\_

¿Alergias Severas? Si es si, por favor especifique: \_\_\_\_\_

Alimentos/Ambientales  Picaduras de insectos/abejas  Medicamentos/Fármacos Otros: \_\_\_\_\_ Alergias Requieren:  EpiPen  Benadryl

Otras Necesidades Medicas: \_\_\_\_\_

## Información & Tratamiento Médico

Al firmar a continuación, entiendo y acepto que ciertos registros educativos relacionados con la salud de mi hijo se compartirán con los socios de atención médica de la Junta Escolar (que incluyen PanCare of Florida, Inc. y el Departamento de Salud del condado de Bay) según sea necesario para proporcionar y evaluar los servicios de salud a los estudiantes. También entiendo y acepto que la información médica de mi hijo, los registros de tratamiento creados por el personal de atención médica en la escuela se pueden compartir con los funcionarios escolares que tienen un propósito educativo legítimo para acceder a dichos registros de tratamiento. Además, autorizo a los socios de atención médica de la Junta Escolar a comunicarse con los pediatras o médicos de mi hijo para obtener información médica personal en lo que respecta al estudiante servicios de salud y autorizo a dichos proveedores a divulgar información médica a la Junta Escolar.

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 proporcionados en la escuela, incluida la información almacenada electrónicamente) se comparta con el personal de emergencias y los funcionarios del departamento de salud para abordar las condiciones de importancia para la salud pública, incluida la información para cumplir y prepararse para condiciones de salud.

**Al firmar a continuación, doy permiso a la Junta Escolar para buscar tratamiento médico de emergencia en caso de un accidente o enfermedad grave.** También autorizo el intercambio de información médica según sea necesario para apoyar la continuidad del cuidado de mi hijo. En caso de una emergencia durante una excursión o evento patrocinado por la escuela, doy mi consentimiento para todos y cada uno de los tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que un médico calificado considere aconsejable. Se autorizará el transporte de emergencia a un centro de atención médica, según lo determinen los paramédicos.

Además de los consentimientos y liberaciones indicados anteriormente,

**SI DOY**  **NO DOY** autorización a la presentación de reclamaciones a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por los servicios proporcionados a mi hijo por la Junta Escolar del Condado de Bay, Florida (la "Junta Escolar") ahora, en el pasado o en el futuro, hasta que revoque esta autorización por escrito. Autorizo a la Junta Escolar a divulgar información médica, de seguros, de facturación u otra información relevante sobre mi hijo a sus agentes de facturación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y/o cualquier otro pagador o asegurador, y sus respectivos agentes o contratistas, como necesario para determinar los beneficios pagaderos por cualquier servicio proporcionado a mi hijo por la Junta Escolar, ahora, en el pasado o en el futuro. Autorizo a la Junta Escolar a obtener información médica, de seguros y de facturación sobre mi hijo de cualquier parte, base de datos u otra fuente que mantenga dicha información. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento y que si me niego o retiro el consentimiento, la Junta Escolar continuará brindando todos los servicios necesarios para brindar una educación gratuita y adecuada. Si se retira el consentimiento, no se divulgará información después de la fecha de retiro.

**SI DOY**  **NO DOY** mi consentimiento para que el Equipo de Respuesta Móvil (MRT) de Life Management Center realice una evaluación si mi hijo esta en crisis.

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_