

TARJETA DE EMERGENCIA

Alerta Especial de Salud: _____

Alumno/a: _____ Fecha nacim.: _____ Grado: _____ Sexo: M F

Apellido	Nombre	
	Madre/Tutor	Padre/Tutor (Marcar caja si es igual que la Madre)
Nombre (Nombre y apellido)		
Dirección (Calle, Ciudad, Cód. Postal)		<input type="checkbox"/>
Teléfono de casa		<input type="checkbox"/>
Trabajo y nº teléfono		
Numero de telefono alternativo		
Correo electrónico		

Niño/a vive con: Ambos padres Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor/Otro: _____

CONTACTOS ALTERNATIVOS

Por favor, indicar personas **diferentes a los padres/tutores** que la escuela pueda llamar si el niño/a necesita tratamiento médico por enfermedad o lesión. **Por favor, indiquen los 4 contactos de abajo.**

Nombre	Número de teléfono	Relación con el/la alumno/a
1.		
2.		
3.		

Además, por favor, indiquen una persona fuera del estado y su número de teléfono en caso de un desastre:

4.		
----	--	--

En caso de desastre (Marquen uno) Mantener mi hijo/a en la escuela Dejarlo/a salir con cualquiera de las personas indicadas

Médico del alumno/a:	Hermanos	Escuela
Último examen médico:		
Compañía de seguros:		

INFORMACIÓN MÉDICA

Ninguna enfermedad

Marcar sólo lo que sea aplicable y entregar en la oficina de la escuela

- Asma** Necesita medicación/inhalador Sí No Diario Cuando se necesite Con ejercicio
Nombre de la medicina _____ ¿Administrada en la escuela? Sí No
- Reacción alérgica (severa)** ¿A qué? _____ Urticaria/erupción Sí No ¿Dificultad respiratoria? Sí No
Usa Benadryl Sí No ¿Tiene "epi-pen"? Sí No
- Diabetes** Tipo I Tipo II Medicina: Oral Inyección Bombeo
Administrada en la escuela Sí No
- Ataques epilépticos** Fecha del ultimo ataque _____ ¿Necesita medicina? Sí No
Nombre de la medicina _____ Médico _____
- Problemas cardíacos** Diagnóstico: _____ Restricciones físicas Sí No
- Hospitalización (Visitas a Emergencia)** Fecha/Explicar: _____
- Aparatos de ayuda** Zapatos/soporte correctivos Muletas Silla de ruedas/motorizada
 Lentes Aparato de sordera
- Toma medicación** Para qué condición: _____
Administrada en la escuela Sí No

Por favor, indicar cualquier otra información de salud importante: _____

Si mi hijo/a sufriera una lesión o enfermedad serias, entiendo que se le administrarán primeros auxilios en cumplimiento con las prácticas escolares locales. Si no se me puede localizar por teléfono a mí ni a ninguna de las personas alternativas, por favor, llamen al médico indicado o transporten a mi hijo/a a algún centro médico disponible. Entiendo que en la mayoría de las situaciones el centro médico no dará tratamiento a mi hijo/a menor sin el permiso de los padres. Entiendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad financiera por el tratamiento médico ni por el transporte.

Firma: _____ Fecha: _____ Rev 1/10