

Formulario de Información de Emergencia del Alumno

Nombre legal del alumno _____

Apellidos

Nombres

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes/Día/Año

Información médica

¿Tiene tu hijo alguna condición de salud continua (por ejemplo, diabetes, epilepsia, enfermedad cardíaca, asma, TDAH, discapacidad física, problemas de visión/ audición)? **Sí No**

Si es afirmativo, por favor especifica, incluyendo cualquier tratamiento que requiere inmediatamente:

¿Padece tu hijo alguna alergia/intolerancia (por ejemplo: a los medicamentos, alimentos, picadura de abejas, picadura de insectos)? **Sí No**

En caso afirmativo, por favor especifica, incluyendo cualquier tratamiento que requiere inmediatamente:

¿Está tomando tu hijo algún medicamento actualmente? **Sí No**

Si es así, por favor especifica nombre, dosis y hora que debe tomarlo: _____

¿Ha tenido tu hijo alguna lesión, enfermedad o cirugía seria en el último año? **Sí No**

Si la respuesta es afirmativa, por favor explica y haz una lista de fechas:

¿Tiene el alumno alguna discapacidad o limitación física que pudiera exigir ajustes a un horario normal escolar? **Sí No**

Si es afirmativo, por favor explica:

¿El alumno en alguna ocasión ha recibido tratamiento para trastornos mentales, emocionales o nerviosos? **Sí No**

En caso afirmativo, por favor brinda el nombre, doctor o centro

proporcionando el tratamiento y las fechas en que se recibió:

¿Hay alguna otra información que pudiera ser útil para el personal de la escuela cuando interactúan con tu hijo? (Por favor, explica):

Al marcar el espacio en blanco, doy permiso para que el personal de la escuela administre lo siguiente:

_____ Ungüentos antisépticos y curitas

_____ Pepto-Bismol o Tums

_____ Analgésicos; prefiero que mi hijo reciba (Marca uno):

_____ Tylenol _____ Aspirina _____ Ibuprofeno

En caso de una emergencia, por favor haz una lista de las personas que se deben contactar:

1. Padre/Madre: _____

Teléfono particular _____

Padre: teléfono celular _____ Teléfono comercial _____

Madre: teléfono celular _____ Teléfono comercial _____

2. Nombre: _____

Parentesco: _____

Número telefónico diurno _____

Como padre(s)/guardián(es) legales con custodia legal de _____, que asiste a Central Miami Christian Academy, doy permiso para que un doctor autorizado, médico o centro de tratamiento de emergencia seleccionado por la escuela administre la atención y ayuda necesaria inmediata a nuestro hijo en caso de que se lesione o enferme durante el tiempo que esté bajo la supervisión y cuidado de Central Miami Christian Academy y que lo hagan sin tener que esperar hasta contactarnos. Damos nuestro consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y cuidado hospitalario que se consideren necesarios.

(Firme del Padre/guardián)

_____/_____/_____

(Fecha)