



**Emergencia del estudiante /Información médica**

Apellido/*Last Name* \_\_\_\_\_ Nombre/*First Name* \_\_\_\_\_ Fecha  
de nacimiento/*DOB* \_\_\_\_\_

Escuela/*School* \_\_\_\_\_ Salón/Sección/*Room/Sec* \_\_\_\_\_  
Grado/*Grade* \_\_\_\_\_

Dirección/*Home Address* \_\_\_\_\_ Teléfono de casa/*Home*  
*phone* \_\_\_\_\_

Madre/*Mother* \_\_\_\_\_ correo  
electrónico/*email* \_\_\_\_\_ teléfono/*phone* \_\_\_\_\_

Padre/*Father* \_\_\_\_\_ correo  
electrónico/*email* \_\_\_\_\_ teléfono/*phone* \_\_\_\_\_

Encargado/*Guardian* \_\_\_\_\_ correo  
electrónico/*email* \_\_\_\_\_ teléfono/*phone* \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia (que no son los padres) deben ser locales y estar disponibles para ser contactados:**

**Nombre y relación con el niño/*Name and Relationship to child* Teléfono/*Phone***

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Médico del niño/*Clínica / Child's*  
*Doctor/Clinic* \_\_\_\_\_ Teléfono/*Phone* \_\_\_\_\_

**Seguro médico/*Medical Insurance*:** Asistencia médica/*MA* \_\_\_ *CHIP* \_\_\_

Privado/*Private* \_\_\_ Nombre de la compañía de seguro/*Insurance*  
*Company* \_\_\_\_\_ Número de póliza/*Policy Number* \_\_\_\_\_

**Por favor marque con un círculo si le**

Por favor **MARQUE con un círculo** si su hijo: **permite a la enfermera darle medicina a su hijo(a)**

Usa: Lentes/*Glasses* Audífono/*Hearing* Tiene: Convulsiones/*Seizures* Diabetes *aid*

Asma/*Asthma* THDA/*ADHD*

Acetaminofén/ *Acetaminophen (Tylenol)*

**Lista de alergias:** Sustituciones alimenticias requieren una nueva orden de su profesional de salud cada año

**Otros problemas de salud/*Other Health Problems*:**

¿Toma medicamentos su hijo(a)?/*Does your child take medication?* \_\_\_ NO \_\_\_ SÍ/*YES*  
(por favor liste)

**Medicamento/ *Medication***

Su firma otorga permiso para brindar tratamiento de emergencia; también para que las(los) enfermeras(os) del Distrito Escolar de Filadelfia administren los medicamentos que Ud. indica en este formulario de emergencia, durante el horario escolar, en viajes escolares y actividades después de la escuela. Autorizo a la(el) enfermera(o) a comunicarse con el proveedor de salud de mi hijo(a) y a que el mismo responda según sea necesario sobre el cuidado de mi hijo/a.

Firma del padre/encargado / *Parent/Guardian Signature* Fecha/*Date*

YES SÍ/



NO

Ibuprofeno (Advil, Motrin) **YES** <sup>SÍ/</sup>

NO

**Dosis/ Dose**

**Frecuencia/Hora/ Frequency/Time**

**Razón/ Reason**

*Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info\_SHS (Spanish)*

**OPCION**

**AL**

**Uso tópico de protector solar sin aerosol en la escuela**

Los padres/encargados pueden optar por proporcionar a su hijo(a) un **protector solar tópico sin aerosol** si está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés). Para que un estudiante se aplique protector solar durante las horas escolares, en una actividad patrocinada por la escuela o mientras se encuentra bajo la supervisión del personal de la escuela, el padre/encargado debe completar las declaraciones a continuación.

**Declaración del padre / tutor**

- Al firmar a continuación, confirma que comprende que la escuela no es responsable de garantizar que el(la) estudiante se aplique el protector solar.
- Al firmar a continuación, confirma que el(la) estudiante ha demostrado que puede aplicar el protector solar por sí mismo(a).

Firma del padre/encargado: \_\_\_\_\_ Fecha:

\_\_\_\_\_

La escuela puede cancelar o restringir la posesión, la aplicación o el uso de un producto de protección solar tópica sin aerosol por parte de un(a) estudiante si ocurre alguna de las siguientes circunstancias:

- El(la) estudiante no cumple con las reglas de la escuela con respecto a la posesión, aplicación o uso del producto de protección solar tópica sin aerosol.
- El(la) estudiante muestra una falta de voluntad o incapacidad para proteger el producto de protector solar tópico sin aerosol del acceso de otros estudiantes. Si la escuela cancela o restringe la posesión, aplicación o uso de un producto de protección solar tópico sin aerosol por parte de un(a) estudiante, la escuela deberá proporcionar un aviso por escrito de la cancelación o restricción a los padres/encargados del/de la estudiante.



THE SCHOOL DISTRICT OF  
PHILADELPHIA

*Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info\_SHS (Spanish)*