

**Distrito Escolar del Condado de Okeechobee
Informació de Emergencia**

Teléfono de la Casa: _____	Grado: _____ Salón de Clase: _____	Bús AM : _____ BúsPM : _____
Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Ciudad Código Postal
Dirección Postal:		Ciudad Código Postal

Nombre del Padre/Tutor Orden de Contacto ____	Teléfono del Trabajo	Nombre del Negocio	Celular/Page/Otro Teléfono
Nombre de la Madre/Tutora Orden de Contacto ____	Teléfono del Trabajo	Nombre del Negocio	Celular/Page/Otro Teléfono
Contacto en Emergencias Orden de Contacto ____	Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo	Celular/Page/Otro Teléfono
Contacto en Emergencias Orden de Contacto ____	Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo	Celular/Page/Otro Teléfono
Contacto en Emergencias Orden de Contacto ____	Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo	Celular/Page/Otro Teléfono

Condición/Enfermedad	Medicamentos que toma para ello		Medicamentos que toma para ello
<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Epilèpsia	_____	<input type="checkbox"/> Hypoglicemia <input type="checkbox"/> Leucemia	_____
<input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Sangrado de Nariz	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infección de Oídos	_____	<input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Sickle Cell	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad Corazón	_____	<input type="checkbox"/> Defecto Nacimiento <input type="checkbox"/> Cáncer	_____
<input type="checkbox"/> Riñón/Tracto Urinario <input type="checkbox"/> Hemofilia	_____	<input type="checkbox"/> Sordera. <input type="checkbox"/> Problema Pulmón/TB	_____
<input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Presión Alta	_____	<input type="checkbox"/> Problemas Visión <input type="checkbox"/> Problemas Estómago	_____

Otros, Especificar por Favor _____

Alergias a Medicamentos: Si No Nombre Especifico de Medicamento(s) _____
 Alergia a picadura insectos/abispas, comida: Si No Especifique _____
 ¿Puede proveer pruebas mèdicas sobre esto? Si No
 Alergia al Polen y Otras Alergias Si No Alergias Especificas y a medicamentos _____

Tiene el Estudiante: Seguro Médico _____ Si _____ No Medicaid _____ Si _____ No

Lugar donde Recibe: _____ Ningun lugar Especifico _____ Centro de Salud Comunitario de la Florida
 Cuidado Médico _____ Cuarto de Emergencia _____ Departamento de Salud Pública del Condado
 _____ Doctor/Clinica Privada: Name _____

Si su hijo/a ha estado seriamente enfermo/a, ha tenido accidentes serios, ha sido hospitalizado en los últimos 3 años o tiene enfermedades menores con frecuencia, por favor explique:

¿Se debe de restringir la actividad física escolar, debido a algún problema médico? Si No Si contestó si, explique por favor _____

¿Ha experimentado su familia alguno de los siguientes cambios este pasado año?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casamiento | <input type="checkbox"/> Nacimiento | <input type="checkbox"/> Pérdida de Empleo |
| <input type="checkbox"/> Muerte | <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Enfermedades Serias |
| <input type="checkbox"/> Reubicación | <input type="checkbox"/> Separación de los Padres | |

Nombre(s) de Hermanos y Hermanas:

Grado

Escuela

Autorización de los Padres: En caso de emergencia médica, el personal escolar tiene mi permiso para enviar a mi hijo/a al hospital/ Doctor más cercano, si no se han podido comunicar con los padres o persona(s) a contactar en caso de emergencia. Doy fe que la información arriba descrita es verdadera y correcta.

Nombre de los Padres/Tutores (Letra Imprenta)

Fecha

Firma de los Padres/Tutores

mbt