



Distrito Escolar Regional Ayer Shirley

Formulario de Información de Emergencia y Salud

Se solicita la siguiente información del padre/tutor para que su hijo reciba una notificación inmediata y para que su hijo reciba atención inmediata en caso de una enfermedad o lesión grave. Estos registros se mantendrán en la oficina de salud y permanecerán confidenciales.

Información del estudiante	
Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Grado:	Maestro/asesor (registros nuevos, dejar en blanco):
Su niño vive con: ___ madre ___ padre ___ ambos padres ___ tutor/otro	
tutor 1 Nombre:	Teléfono de casa:
Dirección:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:	Móvil Teléfono:
Tutor 2 Nombre:	Teléfono de casa:
Dirección:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:	Teléfono móvil:
Hermano(s) en el distrito escolar regional de Ayer Shirley	
Nombre:	Escuela:
Nombre:	Escuela:
Nombre:	Escuela:
Nombre:	Escuela:
Contacto(s) de emergencia: Si no puede comunicarse con un padre/tutor, indique los nombres de las personas a las que desea llamar.	
Nombre:	Teléfono:
Nombre:	Teléfono:
Nombre:	Teléfono:
Información médica	
El médico de su hijo:	Teléfono:
El dentista de su hijo:	Teléfono:
Seguro médico (por favor seleccione uno): ___ Children's Medical Security Plan ___ Mass Health ___ Seguro privado	
TODOS LOS NIÑOS EN MASSACHUSETTS CALIFICAN PARA SEGURO DE SALUD. Los planes de seguro médico de Massachusetts que brindan a los niños sin seguro atención médica asequible están disponibles (pueden aplicarse restricciones). Comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener más información sobre estos programas. Toda comunicación es confidencial.	
¿Desea información sobre MassHealth? Sí ___ No ___	
¿Permite que la enfermera administre los siguientes medicamentos a su hijo según sea necesario?	
Marque todo lo que corresponda:	
___ Acetaminofén (Tylenol) ___ Ibuprofeno (Advil) ___ Tums ___ Crema de hidrocortisona	
___ Benadryl ___ Orajel ___ Gel libre de quemaduras ___ Loción de calamina	



del distrito escolar regional de Ayer Shirley

Formulario de información de emergencia y salud

Historial médico:

¿Está su hijo recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes condiciones?

_____ ADD/ADHD _____ Trastorno convulsivo _____ Problemas oculares
_____ Enfermedad renal _____ Diabetes _____ Condición cardíaca
_____ Escoliosis _____ Artritis _____ Dolores de cabeza
_____ Depresión _____ Ansiedad _____ Trastorno bipolar
_____ Asma (En caso afirmativo, explique los desencadenantes y el tratamiento)

_____ Alergias alimentarias Si la respuesta es sí, describa la reacción y el tratamiento

_____ Alergia a las picaduras de insectos (Si la respuesta es sí, describa la reacción y el tratamiento)

Otras alergias: especifique la reacción y el tratamiento

¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo una conmoción cerebral? _____ ¿Cuándo? _____

¿Usa anteojos su hijo? SÍ _____ NO _____

¿Su hijo tiene pérdida auditiva? SÍ _____ NO _____

¿Toma su hijo algún medicamento regularmente? En caso afirmativo, ¿por qué motivo? Enumere los medicamentos:

1. Medicamento _____ Motivo _____
2. Medicamento _____ Motivo _____
3. Medicamento _____ Motivo _____

Si su hijo recibe alguna vacuna durante el año escolar, envíe documentación para el registro de salud de su hijo en la escuela. Después de que se realiza un examen físico o la administración de una vacuna, los consultorios médicos no envían esta información a las escuelas, es responsabilidad de los padres enviarla a la escuela de su hijo.

Inicial: _____

Entiendo que esta información es confidencial. Sin embargo, la ley federal permite que la información en el registro de salud de la escuela se comparta con los funcionarios escolares según la "necesidad de saber" y con un número muy limitado de otras personas, incluidas aquellas que podrían ayudar en una emergencia. En otras circunstancias, se requerirá mi consentimiento. Doy permiso para intercambiar información con el proveedor de atención médica de mi hijo. Entiendo que puedo limitar o revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____