

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Hombre  Mujer  
 Apellido Nombre

**TARJETA DE EMERGENCIA DE ENFERMERÍA DEL DISTRITO ESCOLAR DE HARRISBURG**

AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ SALÓN \_\_\_\_\_ MAESTRO \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

O Nombre del tutor \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia (Además de los padres o tutor)**

Nombre y relación (con el estudiante) \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Otros teléfonos \_\_\_\_\_

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

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

**\*TENGA EN CUENTA:** se puede contactar a cualquier persona que se indique como contacto, a menos que se indique lo contrario.

<b>Médico del estudiante y número de teléfono:</b> Dr. _____ (717) _____ - _____	<b>Dentista del estudiante y número de teléfono:</b> Dr. _____ (717) _____ - _____
<b>Compañía de seguros:</b> <input type="checkbox"/> Medical Assistance <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____	<b>¿Cuándo visitó su hijo(a) al médico o dentista por última vez?</b> Fecha(s) de visita: Médico _____ Dentista _____

**NOTA IMPORTANTE:** al firmar esta tarjeta, usted autoriza lo siguiente:

- Que el Distrito Escolar de Harrisburg pueda intercambiar información médica y dental con el médico y dentista de su hijo(a) y pueda compartir información de salud con otros profesionales dentro del distrito como apoyo al proceso educativo de su hijo(a).
- En caso de una emergencia grave en la que su hijo(a) deba ser evaluado(a) en un centro hospitalario, podemos llamar al **911** y se le puede transportar al hospital en ambulancia. El distrito escolar **NO** paga este servicio.

**ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO**

- Indique cualquier enfermedad grave, operación, lesión, fracturas de huesos o afección diagnosticada recientemente, como asma, anemia falciforme, diabetes, etc.
- Indique cualquier PROBLEMA MÉDICO ESPECIAL o LIMITACIÓN FÍSICA que la escuela deba conocer:
- Indique cualquier ALERGIA GRAVE (picadura de abeja, medicamentos, alimentos, otra):
- Indique todos los medicamentos y dosis que toma su hijo(a):
- Indique cualquier otra inquietud o situación que pueda afectar el éxito de su hijo(a) en la escuela:

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS (Hermanas / Hermanos)		
Nombre (Apellido, Nombre)	Edad/Grado	Escuela

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:
1). Mi hijo(a) puede recibir la dosis de yoduro de potasio adecuada según lo indique el médico en caso de una emergencia nuclear. <b>Encierre una opción en un círculo:    Sí    o    No</b>
2). <b>ENCIERRE EN UN CÍRCULO</b> los siguientes medicamentos que su hijo(a) puede recibir en la escuela de acuerdo con las pautas de la escuela: <b>Tylenol   Hidrocortisona en crema   Ibuprofeno   Tums</b>
<b>X</b> _____

