

# DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE TEXARKANA

## Información de Salud y Autorización Para Proporcionar Cuidado de Emergencia

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular/Buscapersonas \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular/Buscapersonas \_\_\_\_\_

Adulto Alternativo \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular/Buscapersonas \_\_\_\_\_

***Por favor, complete la información importante sobre la tarjeta entera.***

## INFORMACION MEDICA IMPORTANTE

Mi niño no tiene problemas médicos conocidos.

Mi niño tiene los siguientes problemas médicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de todos los medicamentos que su niño toma en base diaria o de rutina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene su estudiante una reacción alérgica a alguna droga o medicina, comida, o picadura de insectos?  Si  No

Si dijo que si,:

Nombre de la droga o medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre de la comida(s): \_\_\_\_\_

Nombre del insecto: \_\_\_\_\_

¿Es considerada la reacción alérgica como una amenaza a la vida?  Si  No

¿Que es una reacción típica y el tratamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ***MEDICO DE FAMILIA***

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

## ***HOSPITAL***

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

## ***SEGURO DE SALUD***

Mi niño está cubierto bajo la póliza de:  Medicaid  CHIP  No tiene seguro  Seguro

# **TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA**

En caso de una emergencia médica en la escuela, la escuela tratará primero contactar a los padres del niño. Si los padres no puede ser localizados, y el niño necesita tratamiento médico inmediato, la información debajo será dada al hospital o clínica. El propósito de la Forma de Tratamiento Médico de Emergencia es de obtener tratamiento médico para el niño en caso usted no puede ser contactado. La escuela no asume responsabilidad financiera, pero desea proporcionar el mejor servicio posible en una emergencia.

***Complete por favor la información siguiente abajo.***

Yo por la presente autorizo, al **Distrito Escolar Independiente de Texarkana** a consentir servicios de tratamientos médicos de emergencia para:

\_\_\_\_\_  
Nombre/Apellido del Estudiante (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Grado

*Comprendo al otorgar esta autorización que:*

- Mi niño será tomado al hospital o clínica más cercano a la escuela o la actividad él o ella asiste para obtener servicios médicos de emergencia.
- Los empleados del distrito procurarán contactarme antes de consentir al tratamiento de emergencia de mi niño y para el transporte a la facilidad médica de emergencia.
- No considerare responsable y suelto de su responsabilidad a los empleados de TISD y miembros de la mesa directiva de cualquier y todos los reclamos o las acciones que las heridas que ocurren a mi niño a consecuencia del cuidado de emergencia médica recibida.
- Los empleados de TISD, su mesa directiva y los agentes no renuncian a soberana inmunidad gubernamental solicitando la ejecución de este documento.
- Comprendo que las provisiones de este documento y lo ejecuto voluntariamente.
- Doy mi permiso al personal de TISD para divulgar información de salud perteneciente a mi niño a otros profesionales de la asistencia médica que puedan estar involucrados con mi niño.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa y Trabajo

\_\_\_\_\_  
Fecha