

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 _____
Email _____

Nombre de la Madre _____ Numero del Trabajo _____ Celular/Buscapersonas _____
Email _____

Adulto Alternativo _____ Numero del Trabajo _____ Celular/Buscapersonas _____
Email _____

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.
- Doy mi permiso para reportar información de salud relativa a mi hijo a las agencias gubernamentales según lo solicitado o requerido por ellos.

Firma del Padre o Guardián

Teléfono de Casa y Trabajo

Fecha

TISD 07/16/2020