

BDS TARJETA DE INFORMACION DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE 2023-2024

La información personal que proporcione en este formulario se mantendrá confidencial (en un área protegida) y solo será utilizada y revelada por el personal de la escuela según sea necesario. **Este formulario es obligatorio para acceder a todos los servicios de salud, así como para excursiones y actividades extracurriculares.** Es responsabilidad de los padres proporcionar a la escuela cualquier cambio o actualización de la información de su hijo.

Información del Estudiante		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Dirección		
Escuela	Grado/Profesora de Aula	

Información del Padre		
Apellido	Primer Nombre	
Tel. Cell	Tel. del Trabajo	Tel. de Casa
Contacto de Emergencia		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el Estudiante
Tel. Cell	Tel. del Trabajo	Tel. de Casa
¿Es el estudiante de una familia militar en servicio activo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿qué rama? _____		
¿Es el estudiante hijo de un empleado del Departamento de Defensa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Información Médica		
Seguro de Salud SI/NO	Compañía de Seguros: _____	Póliza # _____
Medicaid # _____	Tricare Sponsor ID # _____	Florida Kid Care: SI/NO
Nombre del Médico _____	Tel. del Médico _____	
Hospital Preferido _____		

¿Toma su hijo medicamento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Si su hijo requiere medicamentos en la escuela, todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el recipiente original de la receta médica con una fecha actual y el nombre del niño. Antes de que se pueda administrar el medicamento, el médico y el padre deben completar y firmar un formulario, " Permiso para Administrar Medicamento " y debe estar archivado en la escuela.		

Medicamento	Dosis	Hora(s) para Administrar

¿Usa su hijo contactos/gafas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Usa su hijo audífonos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

CONDICIONES MEDICAS: Marque todo lo que corresponda a su hijo:			
<input type="checkbox"/> Asma	Si es si, usa inhalador/medicamento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Convulsiones	Si es si, toma medicamento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	Si es si, ¿depende de la insulina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	Si es si, ¿toma medicamento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Limitaciones de Movimiento _____			
<input type="checkbox"/> Enfermedades recientes/hospitalización/cirugía (describa) _____			
<input type="checkbox"/> ¿Alergias Severas? Si es si, por favor especifique: _____			
<input type="checkbox"/> Alimentos/Ambientales	<input type="checkbox"/> Picaduras de insectos/abejas	<input type="checkbox"/> Medicamentos/Fármacos	Otros: _____ Alergias Requieren: <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Benadryl
<input type="checkbox"/> Otras Necesidades Médicas:			

Información & Tratamiento Médico	
Al firmar a continuación, entiendo y acepto que ciertos registros educativos relacionados con la salud de mi hijo se compartirán con los socios de atención médica de la Junta Escolar (que incluyen PanCare of Florida, Inc. y el Departamento de Salud del condado de Bay) según sea necesario para proporcionar y evaluar los servicios de salud a los estudiantes. También entiendo y acepto que la información médica de mi hijo, los registros de tratamiento creados por el personal de atención médica en la escuela se pueden compartir con los funcionarios escolares que tienen un propósito educativo legítimo para acceder a dichos registros de tratamiento. Además, autorizo a los socios de atención médica de la Junta Escolar a comunicarse con los pediatras o médicos de mi hijo para obtener información médica personal en lo que respecta al estudiante servicios de salud y autorizo a dichos proveedores a divulgar información médica a la Junta Escolar.	
Por la presente doy mi consentimiento para que la información médica de mi hijo, la información de contacto de los padres y otra información de salud (recopilada de los servicios de salud proporcionados en la escuela, incluida la información almacenada electrónicamente) se comparta con el personal de emergencias y los funcionarios del departamento de salud para abordar las condiciones de importancia para la salud pública, incluida la información para cumplir y prepararse para condiciones de salud.	
Al firmar a continuación, doy permiso a la Junta Escolar para buscar tratamiento médico de emergencia en caso de un accidente o enfermedad grave. En caso de un accidente o enfermedad en el que no se indique el tratamiento inmediato de mi hijo, pero en el que él/ella no pueda permanecer en la escuela, solicito que se comuniquen con la(s) persona(s) que figuran en el Portal para padres de FOCUS y se les solicite que cuiden de mi hijo en caso de que no pueda ser contactado. También autorizo el intercambio de información médica según sea necesario para apoyar la continuidad de la atención de mi hijo. En el caso de una emergencia durante una excursión o evento patrocinado por la escuela, doy mi consentimiento para todos y cada uno de los tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que un médico calificado considere aconsejables.	
La información médica y de otro tipo se divulgará sin el consentimiento de los padres/estudiante elegible en caso de emergencias de salud, según lo permita FERPA. La escuela solicitará atención médica de emergencia según lo considere necesario. Se autorizará el transporte de emergencia a un centro de atención médica, según lo determinen los paramédicos.	
<input type="checkbox"/> SI DOY <input type="checkbox"/> NO DOY mi consentimiento para que Bay District Schools y sus socios contratados facturen a mi seguro/Medicaid por los servicios prestados.	
<input type="checkbox"/> SI DOY <input type="checkbox"/> NO DOY mi consentimiento para que el Equipo de Respuesta Móvil (MRT) de Life Management Center realice una evaluación si mi hijo está en crisis.	
Firma del Padre: _____	Fecha: _____