**Grado_____ Distrito Escolar de Reading ID de estudiante _____**

**Información de Emergencia ~ Enfermería**

**Año Escolar ____-____ Maestro(a)/Salón _____**

**Nombre del Estudiante**: _____ Fecha de Nac. _____ □ Masculino □ Femenino

Dirección: _____# de Cel., del Padre: _____

# de Tel., del Hogar: _____

Madre: _____Correo Electrónico: _____# de Tel. del Trabajo: _____

Padre: _____ Correo Electrónico: _____ #de Tel. del Trabajo: _____

Encargado: _____ Correo Electrónico: _____#de Tel. del Trabajo: _____

Método de preferencia de comunicación para casos que no son emergencias: Correo Electrónico __ TEL ___ Idioma en la Casa: _____

El estudiante vive con: Ambos Padres: _____ Padre: _____ Madre: _____ Otro: _____

**Contactos de Emergencia (a parte de los padres) – debe ser local y debe estar disponible para contactar**

Nombre y Relación con el/la estudiante Teléfono # de Tel del Trabajo

1. _____

2._____

Doctor/Clínica del Estudiante: _____Teléfono: _____

**Seguro Médico:** MA ___Chip___Privado: ____**Seguro de Visión** Sí:__No:__**Seguro Dental: Sí__No__**

**IMPORTANTE**: Por favor marque el hospital de su preferencia en caso que su hijo(a) necesite ser transportando en ambulancia en una emergencia seria. Su firma nos otorga el permiso para tratamiento médico de emergencia; así como para que la enfermera del distrito administre los medicamentos que usted ha indicado en esta tarjeta de emergencia, durante el horario escolar en excursiones y en actividades después de las clases.

__ Reading Hospital __ St. Joseph's Hospital

Firma de uno de los Padres: _____ Fecha: _____

Por favor marque "sí" en los espacios donde usted da su permiso para que la enfermera de la escuela administre el medicamento.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Acetaminofen (Tylenol) | **Sí** | | **No** | |
| Gotas para los ojos | **Sí** | | **No** | |
| Tabletas anti-ácido | **Sí** | | **No** | |
| Benadryl (par alas ronchas) | **Sí** | | **No** | |
| Ibuprofen (Advil, Motrin) | **Sí** | | **No** | |
| Kaopectate **(solo para 6$^{to}$ -12$^{vo}$ grado )** | **Sí** | | **No** | |

FOR CERTIFIED SCHOOL NURSE USE ONLY:

Further Information Requested_____

Med Alert Checked and Updated____

Standing Orders Entered _____

IHP:_____ 504_____

Form Rev. 5/14 DER

**Por favor marque las opciones que apliquen a su hijo(a)**:

Usa: Lentes____Audífonos_____

Tiene: Convulsiones____Diabetes____Asma____ADHD____

**Mencione las alergias:** _____

_____

**Otros problemas de salud:** _____

**¿Su hijo(a) toma medicamentos?:** Sí___No___

Nombre los medicamentos Dosis Hora

_____

_____

_____

Medicamentos que debe tomar en la escuela

_____

_____

**¿Su hijo(a) tiene un epipen?** Sí____No____

**¿Su hijo(a) tiene un inhalador?** Sí___No____

**Hermanos**

| Nombre | Grado/edad | Escuela |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |