

**Formulario de TUHSD para Emergencias de Salud
2014-15**

Por favor utilice letra imprenta

			M F (Marque uno)			
Apellido del Estudiante	Nombre	Inicial	Género	Fecha de nacimiento	AñoGrad/Cohorte	# de ID

Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del Domicilio	
Contactos Telefónicos	Nombre	Teléfono del Domicilio	Teléfono del Trabajo	Teléfono del Trabajo	Teléfono del Trabajo	Número del Celular
Padre/ Guardián						
Madre / Guardián						
Contacto Emergencia						
Contacto Emergencia						
Contacto Emergencia						

Padres/guardianes permiten recibir las siguientes medicinas en la escuela: (Ponga un círculo alrededor de sí o no)

Sin Aspirina	Sí	No	Antiácido	Sí	No	Pastillas para la garganta	Sí	No	Benadryl de Emergencia	Sí	No
Ibuprofeno	Sí	No	Jarabe para la tos o pastilla	Sí	No	Ungüento/loción anti-pruriginosa	Sí	No	Ungüento anti-bacteriano	Sí	No

Condiciones Médicas											
Código	Condición	Sí	No	Explique	Código	Condición	Sí	No	Explique	Código	Condición
305	SIDA/HIV				359	Ginecológica (Dolores, Quistes)					
310	Alergias (Drogas, Alimentos, Estacional)				360	Audición (Pérdida)					
315	Anorexia/Bulimia				365	Corazón					
320	Artritis/Enfermedad Reumática				368	Hepático & Biliar (Hepatitis)					
325	Asma (lleva inhalador)				370	Hipertensión					
330	ADD/ADHD				372	Integumentario (Piel)					
332	Autismo, Niñez				375	Tumores Malignos (Cáncer)					
335	Defectos Congénitos/Del Desarrollo)				380	Neurológica (Migrañas)					
340	Trastornos de Coagulación				385	Ortopédico					
343	Coccidiodomicosis - Fiebre de Heno				390	Psiquiátrico-Depresión, Bipolar					
344	Trastornos Tejido Conectivo				395	Escoliosis					
350	Diabetes Tipo I				400	Trastornos Convulsivos					
351	Diabetes Tipo II				405	Anemia Células Falsiformes					
355	Trastornos Endocrinos (Azúcar Baja)				410	Tuberculosis					
356	Gastrointestinal (Estómago)				415	Visión (Gafas, Lentes Contacto)					
358	Genitourinario (Riñón, Urinario)				515	Varicela (Tuvo Varicela)					
	Otras Condiciones					Medicamentos					

Si el estudiante no puede permanecer en la escuela, el padre/guardián recogerá al estudiante o dará permiso a la escuela para que se pueda ir con el contacto de emergencia. Si la escuela no se puede comunicar con el padre/guardián, se autoriza, por medio de este documento, a cualquier hospital o profesional médico a que proporcione la ayuda médica necesaria en ese momento para asegurar el bienestar y salud de su estudiante. Se entiende que los cargos por este servicio serán aceptados por el padre/guardián.

Firma Padre/Guardián	Fecha
-----------------------------	--------------