

**MEDICAL  
ALERT** \_\_\_\_\_

## Información médica y de emergencia del estudiante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
Dirección física del estudiante			
Madre/Tutor	# Tel. celular	# Tel. de empleo	Empleo
Padre/Tutor	# Tel. celular	# Tel. de empleo	Empleo

¿El estudiante reside con?  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Tutor  Otro: \_\_\_\_\_

Familia o amigos locales que puedan ser contactados para recoger al estudiante en caso de emergencia si los padres no están disponibles:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones de salud o alergias? (Hable con la oficina de salud sobre condiciones serias de salud)

- SI NO**
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma  | ¿Utiliza inhalador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | El estudiante usa: <input type="checkbox"/> Lentes/Contactos |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II            | <input type="checkbox"/> Aparato Auditivo                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo  |   | <input type="checkbox"/> Andadera                            |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición cardíaca  | <input type="checkbox"/> Marcapasos   | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas                     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden sangrante  |   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                         |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón  |   |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastrointestinal  |   |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza  |   |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TDHD (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)         |   |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos, comida, picadura de insectos, otro: _____ |   |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene Epi-Pen para alergia anafiláctica                          | Lleva consigo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Toma medicamentos recetados? ¿Cuáles?: _____                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Se administrarán medicamentos en la escuela? _____               |   |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Otra condición médica? _____                                     |   |  |

**POLIZA DE MEDICAMENTOS:** Santa Cruz Valley Unified School District #35 es una zona "libre de drogas". Los estudiantes NO PUEDEN transportar medicamentos hacia/desde la escuela o tener medicamentos (recetados y/o sin receta) en su posesión en cualquier momento. Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, recoja un formulario de solicitud en la oficina de salud.

**Marque los medicamentos que podemos proporcionar a su hijo si fuera necesario:**  
 Enjuague salino para ojos  Orajel  Antibióticos tópicos  Analgésico tópico

POR LA SEGURIDAD Y BIENESTAR DE MI HIJO, AUTORIZO POR LA PRESENTE LA ADMINISTRACIÓN Y EL PERSONAL DE SCVUSD #35 PARA OBTENER LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA NECESARIA Y EL TRANSPORTE A LA INSTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA. ENTIENDO SCVUSD # 35 NO ES FINANCIERO RESPONSABLE DE NINGÚN CUIDADO DE EMERGENCIA O TRANSPORTE DE MI HIJO. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Certifico que la información en esta página es precisa y completa a lo mejor de mi conocimiento.**  
**Firma del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**\*\*\* SOLO PARA USO OFICIAL \*\*\***

New Student  Returning Student

School Site: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Student ID: \_\_\_\_\_ Enter Date: \_\_\_\_\_

Assigned School: \_\_\_\_\_ Date of Enrollment: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

¿Cambios?  NO  SI: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Assigned School: \_\_\_\_\_ Date of Enrollment: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

¿Cambios?  NO  SI: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Assigned School: \_\_\_\_\_ Date of Enrollment: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

¿Cambios?  NO  SI: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Assigned School: \_\_\_\_\_ Date of Enrollment: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

¿Cambios?  NO  SI: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Assigned School: \_\_\_\_\_ Date of Enrollment: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

¿Cambios?  NO  SI: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_