

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA PARA LA SALA DE SALUD  
EL DISTRITO DEL ÁREA DE COATESVILLE**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado/Sala \_\_\_\_\_

Dirección _____	Ciudad _____	Código Postal _____	Número de Teléfono _____
Vive con: Madre _____ Padre _____ Los Dos _____ Guardián _____	Nombre de Guardián: _____		
Nombre de Madre _____	Nombre de Padre _____		
Lugar de Empleo: _____	Lugar de Empleo _____		
# del Trabajo _____ Extensión/Dept: _____	# del Trabajo _____	Extensión/Dept: _____	
# de la Casa _____ # Celular _____	# de Casa _____	# Celular _____	
Email _____	Email _____		

¿Qué persona / número hay que llamar primero? \_\_\_\_\_

**SI LOS PADRES NO ESTÁN DISPONIBLES, CONTACTO:**

1. _____	_____	_____
Nombre	Relación con el estudiante	Número de Teléfono
2. _____	_____	_____
Nombre	Relación con el estudiante	Número de Teléfono

**HISTORIA MÉDICA**

¿Está su niño alérgico a las abejas / picaduras de insectos? No/ Si La reacción y el tratamiento: \_\_\_\_\_  
¿Está su niño alérgico a algo más? No/Si A qué y el tratamiento: \_\_\_\_\_  
¿Está su hijo tomando algún medicamento **en casa o la escuela**? No / Sí ¿Qué / Por qué: \_\_\_\_\_  
Haga una lista de condiciones médicas actuales y preocupaciones (asma, diabetes, ataques epilépticos, enfermedad de Lyme, problemas cardíacos, ADD, etc.): \_\_\_\_\_

Su Médico \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
¿Su hijo usa lentes? \_\_\_\_\_ Lentes de contacto? \_\_\_\_\_ Audífonos? \_\_\_\_\_ Otro/Nombre \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Los nombres de los hermanos / hermanas que asisten al Distrito Escolar del Área de Coatesville y la escuela que asisten:  
Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Nombre de Aseguro \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Seguro Dental \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Seguro de la Visión \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**DOY MI PERMISO PARA QUE MI HIJO/A RECIBIR LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:**

Acetaminophen (Tylenol genérico)	Si _____	No _____
Ibuprofen (Advil/Motrin genérico)	Si _____	No _____
Diphenhydramine (Benadryl genérico)	Si _____	No _____
Esencia de menta (para dolores de estómago)	Si _____	No _____
Tums/Maalox (para dolores de estómago)	Si _____	No _____

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que mi hijo reciba los medicamentos que están escrito arriba proporcionados por las CASD y dispensados por la enfermera escolar.

También doy mi permiso para que la información de esta tarjeta para ser compartida con el personal escolar apropiado. Yo autorizo el Distrito del área de Coatesville para dar y obtener información del médico / dentista (vacunas, diagnósticos, tratamientos, exámenes).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha