
***Formulario de Contacto de
Emergencia de la Escuela
Hallen 2025-2026***

Fecha de Hoy: _____

Estudiante:

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección Domiciliaria	Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección de Correo (si es diferente a la de arriba)

Padre 1/ Tutor 1:

Apellido	Nombre	Relación
<i>Dirección de Correo (si es diferente a la de arriba)</i>		
Correo Electrónico		Teléfono: Celular, Trabajo, Casa

Padre 2/ Tutor 2:

Apellido	Nombre	Relación
<i>Dirección de Correo (si es diferente a la de arriba)</i>		
Correo Electrónico		Teléfono: Celular, Trabajo, Casa

El estudiante vive con: (Por favor, enumere arriba)

Contactos Autorizados: Por favor, proporcione los nombres de las personas autorizadas a las que podemos entregar a su hijo o contactar en caso de que no se le pueda localizar en una emergencia. **No se entregará ningún estudiante a nadie que no sea el parente/tutor o las personas enumeradas en este formulario.**

	Nombre	Relación	Teléfono de Día	¿Puede recoger?
1				Sí No
2				Sí No
3				Sí No

Yo/Nosotros autorizamos la entrega del estudiante mencionado anteriormente a las siguientes personas en caso de enfermedad, lesión, evacuación o emergencia que pueda ocurrir mientras el estudiante esté en la escuela. Declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta. Notificaré a la escuela inmediatamente de cualquier cambio.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Actualización Médica Anual

¿El estudiante tiene alguna condición o problema de salud que pueda afectar su participación en cualquier actividad física?

Sí / No Si es así, explique: _____

Condiciones Médicas: _____

¿El estudiante toma medicamentos? Sí / No Si es así, enumere a continuación:

Nombre del Medicamento	Dosis	¿Lo toma en casa o en la escuela?	¿Lo toma todos los días o solo cuando es necesario?

Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el envase original con la fecha actual y el nombre del niño. Se debe llenar un formulario de administración de medicamentos actual por parte del médico del estudiante y mantenerse archivado en la oficina de la enfermera para dispensar el medicamento. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN LLEVAR SU PROPIO MEDICAMENTO A MENOS QUE EL MÉDICO HAYA DETERMINADO QUE EL ESTUDIANTE ES INDEPENDIENTE PARA PORTAR UN INHALADOR.

Alergias: Sí / No Si es así, enumere: _____

¿El estudiante toma medicamentos para reacciones alérgicas graves? Sí / No

Si es así, enumere el medicamento: _____

Asma: Sí / No

¿El estudiante usa un inhalador? Sí / No ¿El estudiante usa un nebulizador? Sí / No

Diabetes: Sí / No

¿Usa insulina? Sí / No ¿Toma medicación oral? Sí / No ¿Debe restringir dulces? Sí / No

Trastorno Convulsivo: Sí / No

¿Toma medicación diaria? Sí / No ¿Tiene medicación de rescate? Sí / No

Problemas de Visión: Sí / No ¿Usa gafas? Sí / No ¿Usa lentes de contacto? Sí / No

Problemas de Audición: Sí / No ¿Usa audífono? Sí / No

Autorización para Tratamiento de Emergencia

En caso de emergencia, solicito que la escuela me contacte. Si no pueden localizarme y se considera necesario el cuidado de emergencia, doy permiso a la escuela para buscar atención médica de emergencia, incluido el transporte y la atención en la instalación de emergencia más cercana. Asumo la responsabilidad financiera por dicha atención. Doy permiso a la enfermera, consejero o director de la escuela para contactar a los proveedores médicos o dentales de mi hijo con el fin de compartir o solicitar información relevante para la salud de mi hijo o el tratamiento recibido.

/ principal to contact my child's medical or dental care providers for the purpose of sharing or requesting pertinent information to my child's health and care or treatment received.

Firma del Padre o Tutor

Fecha