# CALIPATRIA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
## FORMA DE SALUD Y TRATAMIENTO PARA EMERGENCIA

### I. INFORMACION DEL ALUMNO Y CONTACTO DE EMERGENCIA

| 1. Apellido (APELLIDO LEGAL SOLAMENTE) | Nombre | Segundo nombre | 2. Fecha de Nacimiento / / | 3. Genero ☐ M ☐ F |
|---|---|---|---|---|

| 4. Teléfono de hogar ( ) | 5. Domicilio | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|---|
| **El padre/tutor debe de entregar la tarjeta de vacunación al personal de la oficina.** | 6. Apartado Postal o Domicilio | Ciudad | Estado | Código postal |

7. Padre/Padrastro/tutor legal para consentimiento medico
Nombre Teléfono ( ) Empleador Teléfono de trabajo ( )

8. Madre/Madrastra/tutor legal para consentimiento medico
Nombre Teléfono ( ) Empleador Teléfono de trabajo ( )

9. Contacto de Emergencia para Emergencias o cuidado médico
Nombre Teléfono ( ) Empleador Teléfono de trabajo ( )

### II. INFORMACION DEL MEDICO

| 10. Doctor de la Familia | 11. Dirección del doctor | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|---|
| 12. Teléfono del Doctor ( ) | 13. Preferido Hospital/Medico de Emergencia | Ciudad | Estado | Código postal |

*Favor de responder y llenar la información sobre el medico.*

| 14. ¿Su hijo/a usa lentes o contactos? ☐ Sí ☐ No | 15. Nombre del doctor de ojo | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|---|
| 16. ¿Su hijo/a usa un audífono? ☐ Sí ☐ No | 17. Nombre del doctor de la audiencia | Ciudad | Estado | Código postal |
| 18. ¿Su hija/a esta a cargo por un medico por otro necesidades de salud? ☐ Sí ☐ No | 19. Nombre del doctor | Ciudad | Estado | Código postal |

### III. INFORMACION MEDICA

**20. Marque los necesidades y historia del salud de su hijo/a.**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Alergias | ☐ Varicela | ☐ Jaquecas / Migrañas |
| ☐ Anemia / Desorden de la Sangre | ☐ Diabetes | ☐ Problemas del Corazón |
| ☐ Asma | ☐ Problemas de Oído | ☐ Hepatitis |
| ☐ Problemas de la Vejiga | ☐ Ataque Epiléptico | ☐ Desorden del Intestino / Estomago |
| ☐ Alta Presión | ☐ Problemas de ojo / Visión | ☐ Problemas de los Riñones |
| ☐ Quebradura de Hueso | ☐ Problemas de Desmayo / Mareos | ☐ Inhabilidades Fisicas |
| ☐ Cáncer | ☐ Infecciones de la Garganta frecuentemente | ☐ Problemas de la piel |
| ☐ Parálisis Cerebral | ☐ Sangra de la Nariz Frecuentemente | ☐ Otro _____ |

21. Favor describa y da fechas, si su hijo/a ha tenido enfermedades significantes, hospitalizaciones, y cirugías:

22. Favor describa el medicamento recetado continuamente por un problema de salud:

Medicamento:_____ Dosis:_____ Condición Medica:_____
Medicamento:_____ Dosis:_____ Condición Medica:_____

**Cada estudiante que necesita tomar su(s) medicinas(s) durante las horas de escuela NECESITA llenar la forma apropiada para poder darle su medicamento. Esta(s) forma(s) se necesita(n) llevar al doctor de su hijo/a para que el la(s) llene y regresarla(s) al personal de la oficina.**

23. Otro información sobre el salud, limitaciones o restricciones médicos de su hijo/a:

**Notificación/consentimiento para tratamiento médico: en caso de que mi hijo debe ser seriamente enfermos o heridos y los oficiales de la escuela son incapaces de contactar con nosotros (padre/tutor o persona de contacto de emergencia), funcionarios escolares pueden buscar tratamiento médico razonable para mi estudiante según sea necesario, a menos que el padre o tutor ha presentado ante el distrito una objeción por escrito a cualquier tratamiento médico que no sea de primeros auxilios.**

| Firma de Padre/Tutor: | Fecha: |
|---|---|