School Year _____ / _____
Campus # _____

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Información de procedimientos en caso de emergencia para la clínica

Grade _____ **Klein ID#** _____
Teacher _____

Nombre LEGAL del alumno/a_____
(En letra de IMPRENTA) **APELLIDO** **NOMBRE** **SEGUNDO NOMBRE (si no tiene, use NMI)**

Fecha de nacimiento ___**Mes** ___ **Día** ___ **Año** ___ **Sobrenombre** _____ **Hombre** **Mujer** ___ **Teléfono** _____/_____/_____

Dirección de la casa _____ **Apartamento** _____ **Ciudad** _____ **Código postal** _____

Nombre del médico principal _____ **Teléfono del consultorio** _____/_____/_____

Escriba los problemas de salud, alergias que tiene ACTUALMENTE _____

Escriba todos los medicamentos que toma ACTUALMENTE _____

El alumno *vive con* sus padres o tutores

Nombre LEGAL del padre o tutor del alumno/a **marque uno → (A) solo (B) solo AMBOS**

Padre o tutor (A) _____ **Número de Tel.** durante el día/Trabajo _____/_____/_____ **Celular:** _____/_____/_____

Relación: Madre/padre/padrastro/tutor/otro_____ **Correo electrónico:** _____

Madre o tutor (B) _____ **Número de Tel.** durante el día/Trabajo _____/_____/_____ **Celular:** _____/_____/_____

Relación: Madre/padre/padrastro/tutor/otro_____ **Correo electrónico:** _____

En caso de que por alguna razón de salud mi niño/a no pueda participar totalmente en las actividades físicas escolares, enviaré una nota para hacer una cita y hablar con el director de la escuela sobre este tema durante la primera semana de clases o antes de una semana después de descubrir su enfermedad. En caso de que mi niño/a necesite algún medicamento bajo receta, entregaré personalmente un certificado médico y el medicamento en su envase original. Otorgo mi autorización para que toda información relacionada con su salud se entregue al personal correspondiente para la atención, seguridad y bienestar del niño/a. "En caso de accidente o de enfermedad grave, solicito que las autoridades escolares se pongan en contacto conmigo. En caso de que no me encuentren, autorizo a la administración de la escuela para que llame al médico indicado anteriormente. En caso de no localizar al médico, autorizo al maestro/patrocinador para que se encargue en mi nombre de todos los servicios médicos necesarios para el niño/a y acepto la responsabilidad financiera de todos los gastos médicos incurridos."

AMBAS FIRMAS NO SON NECESARIAS, EN EL CASO DE UNA SOLA FIRMA, DICHA PERSONA TENDRÁ AUTORIDAD EXCLUSIVA PARA RETIRAR AL ALUMNO/A TEMPRANO DURANTE EL DÍA ESCOLAR O SOLICITAR LOS CAMBIOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA DURANTE EL PRESENTE AÑO ESCOLAR.

Firme aquí → _____ **Fecha** _____/_____/_____
Firma del padre o tutor

Firme aquí → _____ **Fecha** _____/_____/_____
Firma del padre o tutor

Sírvase completar la información al dorso.

Rev. 05/02 Atty.

KISD Form. Nº 196055

Su hijo(a) tiene el siguiente seguro para servicios de salud:
Seguro de salud a través del trabajo de los padres ☐ **Medicaid** ☐ **CHIPS** ☐ **Otro** ☐ **Ninguno** ☐

Información de emergencia: **Primero se llamará al padre o tutor mencionado en el frente de la tarjeta.** *Las siguientes personas abajo se llamarán en el orden indicado.*

	(1)	*(2)*	*(3)*
Notifique a			
Teléfono (empleo)			
Relación			
Información adicional			

Date	Time In	Reason	Time Out	C/H

Eliminar