

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA y
EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA FLORIDA EN EL CONDADO DE SARASOTA
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231
PHONE (941) 927-9000

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DE SALUD PARA EL AÑO ESCOLAR _____
(HEALTH EMERGENCY INFORMATION FOR SCHOOL YEAR- SPANISH)

INSTRUCCIONES: Complete esta planilla y devuélvala a la oficina de la escuela.

Nombre del Estudiante _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de Nacimiento _____ Estudiante No. _____ Grado _____

Escuela actual _____

Nombre del médico de familia _____ Número de teléfono del médico _____

Alergias (especificar) _____

Historial de salud significativo _____

El plan de Servicios de Salud tiene provisiones para expedientes de salud, consulta con enfermeras, tratamiento de cuidado de emergencia y evaluaciones no-invasivas (ej. audición, visión, escoliosis, medidas de peso y altura). Cualquier padre de familia que no desee que su hijo(a) reciba un examen debe hacerlo por escrito. Si se cree necesario se harán pruebas de temperatura. Un número limitado de medicamentos tópicos (que se aplican a la piel) que han sido aprobados por la política del distrito escolar y mencionados en el Manual de Salud Escolar, podrán ser utilizados en la clínica.

En caso de una enfermedad grave o heridas que requieran cuidado inmediato, la escuela o su representante tiene mi permiso para contactar al servicio de emergencia médica apropiado. El servicio de emergencia médica tiene mi autorización para proporcionar el tratamiento o transporte necesario para mi niño(a). Solicito entonces el ser notificado sobre la situación. La persona que aquí firma será responsable del costo del tratamiento de emergencia.

En el caso de un accidente o enfermedad en el que no se indique el tratamiento inmediato de mi hijo, pero cuando mi hijo no pueda permanecer en la escuela, solicito que la escuela se comunique conmigo o con una de las otras personas enumeradas en el Formulario de inscripción de estudiantes para organizar el transporte de mi hijo. En el caso de que no haya una persona designada en el Formulario de Registro de Estudiante disponible, se puede contactar a los servicios médicos de emergencia para una evaluación adicional y un posible transporte y tratamiento. Entiendo que debo notificar a la escuela si hay algún cambio en esta información de emergencia de salud.

Entiendo que ciertos records educativos de mi hijo(a) serán compartidos según sea necesario con los socios de salud del para proporcionar y evaluar los servicios prestados al estudiante. También entiendo y estoy de acuerdo que los records del tratamiento médico de mi hijo(a) creados por el personal de salud de la escuela puedan ser compartidos con los administradores de la escuela que tienen el propósito educativo legítimo para acceder a estos records.

Nombre del Padre/Guardián _____ Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____