

SALUD Y EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____

MASCULINO FEMENINA Fecha de nacimiento: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

ENUMERE TODAS LAS CONDICIONES MÉDICAS Y/O ENFERMEDADES: _____

LISTA DE ALERGIAS (a alimentos y/o medicamentos - solo conocidas *alergias* no sensibilidades, por ejemplo, intolerancia a la lactosa):

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES _____

Si el medicamento debe tomarse durante el día escolar, solo puede ser administrado por la enfermera de la escuela. Debe proporcionar las órdenes del médico por escrito, así como el permiso por escrito de los padres. Cualquier medicamento requerido debe ser entregado directamente a las enfermeras de la Oficina de Salud. **Los niños *prohibido* tienen llevar medicamentos hacia o desde la escuela. Las órdenes de medicamentos y los formularios de permiso deben renovarse cada año.** Lea la política de medicamentos de la escuela.

NOMBRE DEL PEDIATRA _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

ASOCIADO/ HOSPITAL _____

Compañía de seguro médico. _____ Póliza # _____

Dental Insurance co. _____ N.º de póliza _____

____ Seré responsable del costo de cualquier atención médica o dental de emergencia que se le brinde a mi hijo.

____ Mi hijo no está cubierto por un seguro médico.

Doy permiso para que BRCPS dé su consentimiento para el tratamiento en caso de una emergencia médica. Entiendo que se hará todo lo posible para contactar a los padres antes de autorizar el tratamiento.

Nombre del padre en letra de imprenta Firma

Teléfono del trabajo Número de teléfono de casa/celular

Contacto de emergencia: Nombre _____ Relación: _____

Tel: _____

(en caso de que no podamos comunicarnos con usted)

HERMANOS O FAMILIARES QUE ASISTEN A RENAISSANCE:

NOMBRE _____

NOMBRE _____

NOMBRE _____

NOMBRE _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER ACTUALIZADO POR EL PADRE/TUTOR **TAN PRONTO COMO CAMBIE** CUALQUIER
INFORMACIÓN .