

Formulario de contacto de emergencia
del Distrito Escolar Independiente de Fort Bend
Departamento de Bellas Artes



ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre del estudiante: _____ Campus: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grado: _____ Género: M F No. de ID del estudiante: _____
(marque una opción)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono de su hogar: (____) _____ - _____

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: (____) _____ - _____

Alergias:

Sí No Listar: _____

Medicamentos actuales:

Sí No Listar: _____

Cobertura médica de seguro de salud:

Sí No

Aseguradora: _____ No. de grupo: _____ No. de ID: _____ Teléfono _____

Teléfono de padre/madre/tutor 1: _____ Celular de padre/madre/tutor 1: _____

Lugar donde trabaja: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de padre/madre/tutor 2: _____ Celular de padre/madre/tutor 2: _____

Lugar donde trabaja: _____ Correo electrónico: _____

Historia médica:

	Sí	No		Sí	No
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad y/o lesión renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión o enfermedad ósea y/o articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de contacto/Anteojos/Discapacidad visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo, riñón o pulmón extirpado o no funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión de cabeza, conmoción cerebral, pérdida del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El estudiante está al cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique a continuación todas las respuestas afirmativas: _____
 (Si es necesario agregue otra hoja)

Fecha de su última vacuna contra el tétanos: _____

Exención para autorización de padre/madre/tutor:

Si, a criterio de cualquier representante escolar, dicho estudiante necesitase atención y tratamiento médicos inmediatos como resultado de una lesión o enfermedad, por este medio solicito, autorizo y doy mi consentimiento para tales atención y tratamiento médicos que pueda recibir el estudiante de cualquier médico, entrenador atlético, enfermera o representante escolar. Asimismo, por este medio acepto mantener indemne y eximir de responsabilidad a la escuela y a sus representantes de toda reclamación por parte de cualquier persona en relación con la atención y el tratamiento médicos del estudiante.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Devuelva este formulario al maestro registrado de su hijo. El estudiante debe llevar este formulario a todos los viajes escolares.