

**2023-2024**  
**SERVICIOS DE SALUD DE HCRHS: TARJETA PARA EMERGENCIAS**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

Dirección Primaria: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Idioma de la familia: \_\_\_\_\_

Ciudad donde nació: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_

Estado donde nació: \_\_\_\_\_

País donde nació: \_\_\_\_\_

(para notificaciones de la escuela)

Tutores legales deben proporcionar prueba de tutela a la Oficina del Grado.		
	Madre/Padre/Tutor # 1	Madre/Padre/Tutor # 2
Relación con alumno:		
Nombre:		
Idioma preferido:		
Teléfono celular #:		
Teléfono secundario #: (fijo, trabajo, etc.)		
Teléfono tercero #: (fijo, trabajo, etc.)		
Dirección: (si es diferente del dirección indicada arriba)	<input type="checkbox"/> Enviar correo aquí	<input type="checkbox"/> Enviar correo aquí
Correo electrónico:		
Acceso al portal de ASPEN:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí

En caso de que no se pueda establecer contacto con uno de los padres o el tutor, proporcione contactos alternativos para emergencias. Estas personas se harán cargo temporalmente del cuidado de su hijo ante una enfermedad o emergencia.

	Nombre	Relación con alumno	Idioma preferido	Teléfono principal #
Emergencia 1:				
Emergencia 2:				

¿Su hijo tiene seguro médico, como NJ FamilyCare/Medicaid, Medicare, uno privado u otro?      Sí      No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la compañía de seguro. \_\_\_\_\_

En caso negativo, le avisamos que NJ FamilyCare ofrece seguro médico gratis o de bajo costo para niños no asegurados y algunos padres de bajos ingresos. Para obtener más información, llame al 800-701-0710 o visite [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para presentar una solicitud en línea.

¿Hay algún padre activo en el servicio militar?      Sí      No

**\*\*\*\*\* Por favor complete ambos lados de este formulario y devuélvelo a La Oficina del Principal\*\*\*\*\***

(Dar la vuelta a la página)

Marque todo lo que corresponda:

- Autorizo a la Enfermería a administrar Tylenol, acetaminofén o Advil ibuprofeno a mi hijo si lo necesita porque le duele la cabeza, etc.
- Alergias potencialmente mortales (alimentos, picaduras de abejas, medicamentos, otros)--por favor explique en la línea de abajo.
- \_\_\_\_\_
- Epinefrina necesaria para el tratamiento de alergias
- Asma/asma inducida por ejercicio/enfermedad reactiva de las vías respiratorias--requiere medicación/inhalador

Nombre y dosis de la medicación que su hijo debe tomar durante el horario escolar: \_\_\_\_\_  
Y en la casa: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, consulte con la enfermera de la escuela. Los pedidos de epinefrina e inhalador se deben realizar antes del inicio del año escolar.

Todos los medicamentos para los alumnos deben ser entregados y retirados de la escuela por uno de los padres o un adulto designado. *La indicación del médico debe acompañar a la nota de los padres sobre la administración.* Los medicamentos nunca deben estar en posesión del alumno y deben estar en el envase original. La medicación para el asma y las inyecciones de epinefrina (EpiPen) pueden estar en posesión del alumno cuando se hayan llenado formularios de consentimiento especiales, para cada año escolar.

#### Compartir Alertas Médicas con Docentes y Otro Personal

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito a la escuela que se ponga en contacto conmigo. Si la escuela no se puede poner en contacto conmigo o con los contactos alternativos que figuran del otro lado de este formulario, por el presente autorizo a la escuela a llamar al médico indicado aquí y a seguir sus indicaciones. Si es imposible ponerse en contacto con ese médico, la escuela puede tomar las medidas que sean necesarias.

- Estoy de acuerdo con la declaración anterior en caso de accidente o enfermedad grave.

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- Al firmar a continuación, verifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera y según mi leal saber y entender.

Madre/Padre/Tutor: (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Madre/Padre/Tutor: (firma) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_