

Formulario Anual de Consentimiento Médico
Año Escolar 2023-2024

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Fecha de nacimiento ____ Grado ____

Maestro/Consejero _____

Dirección _____

Nombre del padre o tutor _____

Número de teléfono durante el día _____

Persona alterna en caso de emergencia _____

Número de teléfono de la persona alterna _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Problemas médicos que debemos saber? Asma, alergias, ataques, problemas del corazón, etc.

Si la respuesta es si, explique _____

¿Debe evitarse algún medicamento en específico (penicilina, sulfa, etc.)? Si No _____

¿Tiene alguna alergia (comida, látex, picadura de abejas, etc.)? Si No ¿Tiene un Epi-Pen? Si No

¿Toma algún medicamento diariamente en casa? _____

¿Toma algún medicamento diariamente en la escuela? _____

****Cualquier estudiante que tome medicamentos recetados en la escuela debe seguir la regla del distrito, la cual requiere la firma del médico y del padre de familia. El formulario está disponible en www.isd511.net.**

El formulario debe ser firmado antes para poder administrar el medicamento.

¿Medicamentos que toma según sea necesario (Inhalador, nebulizador etc.)? _____

¿Tiene sus vacunas al día? No Si (verificar con la oficina de salud de la escuela)

Nombre del médico de su niño (a)/clínica _____

La información de salud es confidencial, pero podría ser compartida con el personal de la escuela y conductor del autobús. Por medio de la presente otorgo mi permiso al personal del Distrito Escolar 511 de Adrian, MN de compartir la información de las vacunas con el médico de mi hijo (a) o clínica, y solicitar atención médica inmediata para el niño arriba mencionado. Autorizo al médico a hospitalizar, asegurar el tratamiento medico apropiado, ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo (a) arriba mencionado. Yo asumo todos lo gastos o el seguro médico por el tratamiento que se proporcione a mi hijo (a).

(Fecha)

(Firma del padre o tutor)