Tarjeta de Emergencia de TPSD/NMMC para los Estudiantes

Nombre de Estudiante_____ Maestra_____
Primer Nombre Inicial Apellido

Dirección postal_____ Grado _____ Niño ____Niña ___

Ciudad_____ Estado____ Código postal _____ Fecha de Nacimiento_____

¿Qué idioma se habla en la casa? Español _____ Ingles _____ ¿Otra idioma? _____

La dirección electrónica: _____

El número de seguro social _____ Raza_____

Nombre de Guardería_____ Numero de Guardería _____

Camina a la escuela____ Transportado por coche____ Número de autobús _____

1. Información de Emergencia

Para servir a su hijo en caso de accidente o enfermedad, debe proporcionar la siguiente información para llamadas de emergencia. Por razones de seguridad, su hijo se le permitirá salir de la escuela con las personas que aparecen en esta tarjeta.				
Nombre	Lugar de Trabajo	Teléfono Casa #	Teléfono Celular #	Teléfono Trabajo #
Nombre de la Madre				
Nombre del Padre				
Nombre legal del tutor /Relación				

¿Con quién vive el estudiante?_____

Además, los siguientes adultos tienen mi permiso para estar en contacto, y para comprobar mi hijo dentro y fuera de la escuela. (Los nombres de los vecinos de la zona, amigos, familiares o cuidadores)				
Nombre	Relación al Estudiante	Dirección	Teléfono Casa #	Teléfono Celular#

2. Información de Salud

a) El estudiante el proveedor usual (s) de cuidado de la salud. ***Por favor adicione a todos los médicos, todos dentistas, etc.***

El nombre _____ El teléfono _____
El nombre _____ El teléfono _____
El nombre _____ El teléfono _____

b) ¿Este chiquillo alguna vez ha sido admitido para cualesquiera de las instalaciones North Mississippi Medical Center o clinica? (Iuka, Eupora, Hamilton AL, Pontotoc, Tupelo o West Point)? Sí No

c) Por favor indique si usted tiene seguro de lo siguiente, incluyendo el nombre de póliza y número:

Sí No Medicaid _____
Sí No Seguro de salud _____
Sí No La visión _____ Sí No Dental_____

d) Por favor di sí o no para todo lo que tenga aplicación para su chiquillo:

Sí No El problema con el ojo Comentarios:_____
Sí No En son los ojos de su chiquillo comprobados menos una vez al año? ¿Si no, cada cuánto?
Sí No Tiene su chiquillo un reconocimiento general dental menos una vez al año? ¿Si no, cada cuánto?

Esta información puede ser compartida con el personal apropiado para el mejor cuidado de su hijo.Notifique a la enfermera de la escuela para cualquier condición de salud crónica que puede requerir la intervención de emergencia.

□ **Mi hijo no tiene una condición médica.**		
Por favor anote las condiciones médicas de su hijo tiene **AHORA**	Escriba todas las medicinas que el personal de la escuela que necesita saber acerca de su estudiante	Haga una lista de medicamento (s) que se dará en forma de escuela de medicina **** y las órdenes del médico requiere***
□ Asma ***(Plan de Acción Médica es necesario)***		□ Inhalador □ Nebulizador en la casa o en la escuela
□ Apoderamiento / La epilepsia ***(Plan de Acción de médicos que eventualmente precisen)***		¿La última convulsión?
□ Alergias de Alimentos (***Plan de Acción Médica es necesario) el nombre del alimento_____***		□ Epi-Pen
□ Alergia a picadura de insecto ***(Plan de Acción Médica es necesario)***		□ Epi-Pen
□ Las alergias estacionales ___polen ___gatos ___perros ___ polvo		
□ Diabetes ***(Diabetes Plan de Acción Médica es necesario)***	□ dieta □ medicamento oral □ Insulina □ bomba	
□ Problema auditivo		__ Audífono derecho __ Audífono Izquierdo __FM Sistema __ Sordo oído derecho __ Sordo oído izquierdo
□ Problema de la Visión		__ Gafas __ Lentes de contactos __ Discapacidad visual __Ciego ___derecho ___izquierdo
□ Otros Problemas		
* ***Vea la enfermera de la escuela para los Planes de Actuación Médica para el asma, la incautación, la alergia a los alimentos, o una picadura de insecto.*** ***Otras condiciones médicas o alergias a medicamentos (lista más abajo)***		
Nombre del Seguro Médico:	**Número del grupo:**	
Lista de médicos de la familia/Números de teléfonos:		

Reconocimiento de TPSD:

___El abajo firmante, autorizo a los oficiales del Distrito de Escuelas Públicas de Tupelo en contacto directamente con las personas nombradas en esta tarjeta y autorizar a los médicos nombrados para hacer el tratamiento como se considere necesario en caso de emergencia, para la salud de dicho niño. En el caso de que los médicos, las personas nombradas en esta tarjeta, o los padres no puedan ponerse en contacto con los funcionarios de la escuela se autoriza a tomar todas las medidas que considere necesarias a su juicio, para la salud del niño antes mencionado. Yo no haré responsable al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte del estudiante.

___**La información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar inmediatamente a la escuela en cualquier momento la información médica, la custodia legal, direcciones, números de teléfono o el cambio.**

_____ _____

Firma de Padre o Tutor Legal Fecha

Reconocimiento de NMMC:

Por este medio admito que he sido dado y recibí una copia del Aviso de NMMC de Costumbres de Privacidad en nombre de mi chiquillo. Su reconocimiento no quiere decir que usted esté de acuerdo con nuestro Aviso de o que usted tiene, leyó a nuestro Aviso de Costumbres de Privacidad; Sólo quiere decir que usted acusa recibo de una copia.

_____ _____

La firma del Padres o Custodia legalLa Fecha La relación del Estudiante

CONSIENTA PARA el TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, por este medio doy el consentimiento en nombre de,_____, para participar de programa del Centro médico Escuela de NMMC, (" Programa ") incluyendo cualquier médicamente las cribadoras (la altura, el peso, oidor, la visión y piojos) de tratamiento necesario, de salud, así como también cualquier intervención de emergencia necesitada. Además consiento en tener cualquier información médica fruncida por el Program colocado dentro del sistema sin precedente médico informatizado de NMMC. He tenido oportunidad de hacer preguntas acerca del programa, sus riesgos, prestaciones y las alternativas y yo admitimos que todas tales preguntas han sido satisfactoriamente a las que se contestó.

Firmando debajo, yo por este medio autorice y consienta en tal participación y tal tratamiento médicamente necesario y por este medio suelte, indemnice y mantenga a Norte Centro Médico Mississippi, S.A. y sus directores respectivos, sus oficiales, sus empleados y sus agentes, inofensivo de cualesquier reclamaciones, cualesquier pasivos, cualesquier daños y perjuicios, cualesquiera expensas y los gastos, incluyendo los cargos de abogados razonables y las expensas de defensa, que puede ocurrir surgiendo como resultado de cualesquier actos, los errores y/o las omisiones con respecto al consentimiento previsto en este punto.

_____ _____

La firma del Padres o Custodia legal Fecha La relación del Estudiante