

# Hawthorn District 73 Información del Salud – 2009/2010

Office

ID#

Hmr

AS  EN  ES  MN  MS  TL  S

## Información del Estudiante

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ M/F: \_\_\_\_\_ Grado (Otoño): \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene aseguranza médica?  Sí  No ¿Cuál es número de Medicaid de su niño (si se tiene)? \_\_\_\_\_

## Información de la Familia

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa\*: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Hermanos/hermanas que atienden Hawthorn (incluya grado(s) en el otoño, 2007): \_\_\_\_\_

## Información de Padres/Tutor

(Solo adultos que viven con este niño(a))

Núm. Tel. de Casa

Núm. Tel. del Trabajo\*

Núm. Tel. Celular\*

Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Restricciones Legales:  Sí  No *Tienen que ser renovados cada año. Favor de entregar los documentos de corte.*

*\*Estos números de teléfono serán incorporados en nuestro sistema de la notificación del teléfono de emergencia. Visite a [www.hawthorn73.org/notify](http://www.hawthorn73.org/notify) para información.*

## En Caso de Emergencia Por favor, dénos el número de teléfono de las personas para llamar en caso de alguna emergencia

(Con excepción de padres)

Núm. Tel. de Casa

Núm. Tel. del Trabajo

Núm. Tel. Celular

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

## Información del Salud (Si necesita mas espacio, use otra hoja.)

**¡Importante! ¡Mandatorio Firma! Esta información acompañara a su niño/a al Hospital si la emergencia se presenta.**

Enfermedades crónicas (tales como asma, ADD/ADHD, problemas de la vista/oidos, problemas cardíacos, convulsiones, dolores fuertes de cabeza, alergias y reacciones severas):

Allergias a medicinas: \_\_\_\_\_

Operaciones quirúrgicas, lesiones, y hospitalización (indique las fechas): \_\_\_\_\_

Medicación diaria: \_\_\_\_\_ Para ser tomada en la casa y en qué horario: \_\_\_\_\_

Medicación diaria: \_\_\_\_\_ Para ser tomada en la escuela y en qué horario: \_\_\_\_\_

Limitaciones en actividades físicas (Educación Física, recreos, deportes): \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

## Firma del Padre/Tutor

*Al firmar esta forma, yo autorizo tratamiento médico y si es necesario doy mi permiso para que lleven a mi hijo/a al hospital o doctor más cercano. Yo seré responsable por los gastos incurridos que no estén cubiertos por la aseguranza. Si los padres no pueden ser localizados, yo autorizo al personal de la escuela a llamar a las personas que nombro en esta hoja. Yo entiendo que esta información que damos arriba será utilizada solo por personas de Hawthorn, o ótras personas autorizadas, que tienen contacto directo con este niño/a.*

Firma: ..... Fecha: .....