

**ESCUELAS PÚBLICAS ASHLAND  
SALUD – INFORMACIÓN DE LAS URGENCIAS**

**Por favor lean con cuidado, firmen y devuelvan este formulario a la escuela.**

Los requerimientos de salud del estado son los siguientes: se requieren exámenes físicos en grados PK, K, 4, 7, y 10. Examen de vista anualmente en grados PK, K-5, 7 y 10. Examen auditivo anual en grados PK, K-3, 7 y 10. Examen postural anualmente en grados 5 a 9. Índice de Masa Corporal (BMI) anualmente en grados 1, 4, 7 y 10. Los padres que no quieren realizar el examen de masa corporal deben enviar una nota a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ FdN \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ N° de aula principal \_\_\_\_\_

Dirección (calle) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar N° \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: Padres \_\_\_ Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Tutor \_\_\_ Padres adoptivos \_\_\_

Por favor circule uno: madre / padre / tutor

Por favor circule uno: madre / padre / tutor

Padre/Tutor Nombre \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Nombre \_\_\_\_\_

Dirección Hogar \_\_\_\_\_ Dirección Hogar \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico actual \_\_\_\_\_

Amigo / cuidador / pariente que puede autorizar la salida del estudiante en caso en que no se pueden localizar a los padres:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ N° teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ N° teléfono \_\_\_\_\_

Pediatra \_\_\_\_\_ N° teléfono \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ N° teléfono \_\_\_\_\_

Ortodoncista \_\_\_\_\_ N° teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud \_\_\_\_\_

Permiso para recibir Tylenol, Ibuprofen, TUMS, pastillas para la garganta en la escuela según la necesidad Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**En caso de urgencia, otorgo permiso para que mi hijo/ hija sea transportado/a, en ambulancia, al MetroWest Medical Center - Framingham Campus para tratamiento. Entiendo que me notificarán de la urgencia tan pronto como sea posible.**

**Notificaré a la escuela si hay cambios en la información anterior.**

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Describa debajo cualquier necesidad médica pertinente para la atención de su hijo/a en la escuela (medicamentos, alergias, exenciones religiosas).**