

**FORMATO DE INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE SALEM**

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre completo \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Dirección en Salem MA \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
En caso de una emergencia, si no es posible contactar con uno de los padres, llamar A:  
1. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
2. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA**

Médico de la Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Dentista de la Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Problemas Medicos: \_\_\_\_\_  
¿Gafas, lentes de contacto o audífonos? \_\_\_\_\_  
Medicación Diaria: \_\_\_\_\_  
Medicación de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Proveedor de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Póliza No: \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia severa, y que no me puedan contactar, autorizo al Hospital de Urgencias de Salem a brindar tratamiento al estudiante mencionado anteriormente. La ambulancia lleva los casos de emergencia sólo al Hospital de Urgencias de Salem.**

★ **Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

Yo le otorgo permiso a la enfermera de la escuela para administrarle a mi hijo/a los siguientes medicamentos según los protocolos establecidos. He marcado con una (X) los productos que no quiero que reciba mi hijo/a.

- **Acetaminophen (Tylenol)**  
Si lo necesita para aliviar dolores y fiebre después de recibir la evaluación de la enfermera.
- **Ungüento de Bacitracin**  
Cuando sea necesario para cortadas, heridas, etc., de 1 a 3 veces al día.
- **Loción de Calamina**  
Cuando sea necesario para aliviar la comezón producida por el contacto con ciertas plantas como la hiedra, el zumaque, el roble.
- **Crema de 0.5% de Hidrocortisona**  
Cuando sea necesario 3 veces al día para aliviar el comezón asociado con irritaciones menores de la piel.
- **Pramoxine HCL**  
Cuando sea necesario para aliviar temporalmente las molestias (Para alivio de picaduras) causadas por picaduras de insectos, urticarias o sarpullidos.
- **Elixirde Benadryl (Diphenhydramine HCL)**  
Se necesita para aliviar reaccrones hipersensitivas

Todos los otros medicamentos requieren una orden escrita de una persona licenciada (médico, dentista) y el permiso (por escrito) del padre.

Según mis conocimientos, mi hijo/a no tiene alergias/sensitividad a ningunos de los productos mencionados mas arriba.

Yo autorizo a la enfermera de la escuela a que comparta con el personal docente apropiado, la información relacionada a las condiciones de salud que están descritas en este formulario.

★ **Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_