

**Distrito Escolar Independiente de McKinney (MISD)
Formulario para Emergencia Médica Co-Curricular/Extracurricular**

Se considera que las actividades co-curriculares/extracurriculares son una extensión del día escolar; por consiguiente, las políticas del Distrito Escolar Independiente de McKinney continúan en vigor. Esto incluye las políticas para el uso de medicamentos. Las siguientes guías están en vigor en todas las actividades y viajes secundarios. **Esta forma se puede ver por un adulto(padre) voluntario en el acontecimiento de una emergencia de acuerdo con FERPA.**

Nombre del estudiante: _____ **# de Ident.** _____ **Grado:** _____

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____ Número(s) de emergencia _____
(Apellido) (Primer nombre)

Domicilio: _____ # de Tel. del hogar: _____
(Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)

Historial médico: (Marque...proporcione fechas aproximadas, de ser aplicable)

- Infecciones de oído frecuentes
- Dolores de cabeza
- Enfermedad/defectos de corazón
- Trastornos de ataques
- Trastornos de sangrado/coágulos
- Hipertensión
- Disturbios emocionales

- Enfermedades:**
- Diabetes
 - Células falciforme
 - Asma

- Alergias:**
- Fiebre del heno
 - Zumaque venenoso, etc.
 - Picaduras de insectos
 - Penicilina
 - Otras drogas

Discapacidades, enfermedades, enfermedades crónicas o que se repiten: _____

Medicamentos actuales (envíe junto con el formulario médico de MISD): _____

Cualquier actividad específica que se debe limitar por recomendación del médico: _____

Cualquier plan de alimentación o restricciones de dieta prescrito por un médico: _____

Cualquier alergia conocida (alimentos, drogas, plantas, insectos, etc.): _____

Fechas de cirugías, lesiones graves, consejería de psiquiatría u hospitalización: _____

Información médica adicional: _____

Los medicamentos tienen que ser entregados por el padre en el envase o el paquete original, y una forma firmada de los medicamentos de MISD y adherer ala política de medicamentos de MISD.

Cualquier otro medicamento (que no requiera prescripción o es prescrito) tiene que ser proporcionado por el padre en su envase o paquete original junto con un formulario de medicamentos de MISD debidamente firmado y conforme a las políticas sobre medicamentos de MISD.

NOTE POR FAVOR: Cualquier medicamento hallado en la persona de un(a) estudiante o en su posesión puede estar sujeto a una acción disciplinaria.

Firma del Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Si los padres no pueden ser contactados en caso de emergencia, por favor comuníquese con:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

De acuerdo a mis conocimientos, este formulario sobre la salud es correcto y la persona indicada más arriba tiene mi autorización para tomar parte en todas las actividades prescritas, con excepción de lo que se indica a continuación:

En caso de lesión o enfermedad grave durante cualquier viaje, por el presente yo otorgo mi autorización para que los empleados escolares consigan los servicios o tratamientos médicos necesarios para el o la estudiante nombrado(a) en este documento. Tal tratamiento será administrado solamente por personal médico debidamente autorizado. Yo estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad de los gastos incurridos en el uso de médicos, hospital y tratamiento médico.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____