

**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.

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **# de Ident.** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Número(s) de emergencia \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre)

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

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Número(s) de emergencia \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre)

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

Compañía de Seguro: _____ Tel: _____	
Nombre del asegurado: _____	# de S.S. del asegurado: _____
Patrón del asegurado: _____	
<i>Favor de proporcionar los números que aplican:</i>	
Número del Certificado: _____	Número del Grupo _____
Número de quien paga: _____	Número de la póliza: _____

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes _____  | <b>Enfermedades:</b>                               | <b>Alergias:</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____               | <input type="checkbox"/> Diabetes _____            | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno _____        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/defectos de corazón _____  | <input type="checkbox"/> Células falciformes _____ | <input type="checkbox"/> Zumaque venenoso, etc. _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de ataques _____           | <input type="checkbox"/> Asma _____                | <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos _____  |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado/coágulos _____ |  | <input type="checkbox"/> Penicilina _____             |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión _____                    |  | <input type="checkbox"/> Otras drogas _____           |
| <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales _____          |  |   |

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: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ #Ident. \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Autorización para medicamentos orales / tópicos**

	No	Sí
I. Antiinflamatorio / antipirético		
1. Ibuprofen (Advil, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acetaminófono (Tylenol, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Antiácidos / contra la náusea & diarrea		
1. TUMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Imodium AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Alergia		
1. Benadryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Tópicos		
1. Bacitracin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Caladryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cremas protectoras contra el Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aloe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Pastillas para la tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Yo autorizo al (a) empleado/a de MISD a administrar el medicamento arriba indicado de acuerdo a las instrucciones del paquete o envase.**

**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: \_\_\_\_\_