

Fort HealthCare
Información de emergencia de salud para estudiantes
(Información válida hasta el 1 de agosto de 2022)

Nombre del niño Fecha de nacimiento / Edad Escuela / Grado (si procede)

Nombre del padre o madre/tutor legal Número de teléfono

Dirección de correo electrónico Dirección de casa

Método de comunicación preferido: [ ] Texto [ ] Llamada [ ] Correo electrónico
¿Recibe su hijo actualmente servicios de habla/lenguaje? [ ] Sí [ ] No
En caso afirmativo, ¿dónde? (Por ejemplo: a través de un distrito escolar, una consulta privada, etc.)

Indique el área de preocupación: [ ] Articulación del habla [ ] Lenguaje [ ] Habilidades sociales

Historial médico: (marque todo lo que corresponda):

- [ ] Asma [ ] Otras afecciones de salud
[ ] Trastorno por déficit de atención (ADD, ADHD)
[ ] Diabetes
[ ] Convulsiones/Epilepsia: Última convulsión
[ ] Salud mental (especifique):
[ ] Toma medicación con receta\*\*: Enumere:
[ ] Cirugía en los últimos 12 meses: Enumere:

¿Su hijo tiene alergias graves o que pongan en peligro su vida? [ ] Sí [ ] No
(En caso afirmativo, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) y enumere de qué se trata y el tratamiento para ello)

- [ ] Insecto (abeja/insecto):
[ ] Alimento:
[ ] Medicación:
[ ] Otro:

\*Cuando se requiere una medicación para una reacción alérgica es responsabilidad de los padres proporcionar la medicación (antihistamínico o EPI-PEN) y el formulario de Administración de Medicamentos completado antes de la administración de la medicación.

Aviso: Fort HealthCare no proporciona un seguro de accidentes para los estudiantes. Dicho seguro es responsabilidad del padre o madre/tutor legal y/o del estudiante, así como todos los gastos médicos/dentales debidos a una lesión accidental. Por la presente autorizo a los empleados del distrito escolar a solicitar asistencia de emergencia, que podría requerir un médico, un dentista y/o una ambulancia. La información de este formulario puede ser compartida con el personal escolar apropiado.

Firma del padre o madre/tutor legal Fecha



**Formulario de consentimiento del participante para filmaciones,  
publicidad y otros usos relacionados con el marketing**

Doy mi consentimiento para que se utilice mi foto en cintas de video, películas, fotografías y grabaciones de mí para difusión, Internet, publicaciones impresas, folletos, comunicados de prensa, vallas publicitarias, correo directo y otros usos por parte de Fort HealthCare.

Al dar este consentimiento, libero a Fort HealthCare, sus agentes y cesionarios de cualquier responsabilidad por cualquier violación de cualquier derecho personal o de propiedad que pueda tener en relación con dichos materiales, y renuncio a cualquier derecho de aprobación del material escrito o narrativo que lo acompañe.

Declaro que soy mayor de edad, o si soy menor de 18 años, tengo la aprobación de mi padre o madre/tutor legal.

-----  
Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma  
(Firma del padre o madre/tutor legal Requerida si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Contacto/teléfono del participante