

Fort HealthCare
Información de emergencia de salud para estudiantes
(Información válida hasta el 1 de agosto de 2024)

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, redes sociales, 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 de la foto/película: _____ Ubicación _____

Fotógrafo/Videógrafo _____

Entrevistador _____

Nombre del participante

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

Nombre del padre o madre/tutor legal

Fecha

(_____) _____
Contacto/teléfono del participante