CONFIDENCIAL **CONFIDENCIAL**

Fort HealthCare
Información de emergencia de salud para estudiantes
(Información válida hasta el 15 de agosto de 2026)

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
☐ Trastorno por déficit de atención (ADD, ADHD)
☐ Diabetes
☐ Convulsiones/Epilepsia: Última convulsión _____
☐ Salud mental (especifique): _____
☐ Toma medicación con receta**: Enumere: _____
☐ Otras afecciones de salud _____
☐ 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/Videografo_____

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