

Formulario de contacto de emergencia  
del Distrito Escolar Independiente de Fort Bend  
Departamento de Bellas Artes



**ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Género: M F No. de ID del estudiante: \_\_\_\_\_  
(marque una opción)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de su hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alergias:

Sí  No  Listar: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales:

Sí  No  Listar: \_\_\_\_\_

Cobertura médica de seguro de salud:

Sí  No

Aseguradora: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_ No. de ID: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono de padre/madre/tutor 1: \_\_\_\_\_ Celular de padre/madre/tutor 1: \_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de padre/madre/tutor 2: \_\_\_\_\_ Celular de padre/madre/tutor 2: \_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Historia médica:**

|   | Sí                       | No                       |  | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Alergias a medicamentos                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tendencia a sangrar                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad y/o lesión renal                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesión o enfermedad ósea y/o articular            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión de cuello                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lentes de contacto/Anteojos/Discapacidad visual   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojo, riñón o pulmón extirpado o no funcional      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia de células falciformes                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesión de cabeza, conmoción cerebral, pérdida del | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la piel                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugías                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalizaciones en el último año                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El estudiante está al cuidado de un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explique a continuación todas las respuestas afirmativas: \_\_\_\_\_  
 (Si es necesario agregue otra hoja)

Fecha de su última vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_

**Exención para autorización de padre/madre/tutor:**

**Si, a criterio de cualquier representante escolar, dicho estudiante necesitase atención y tratamiento médicos inmediatos como resultado de una lesión o enfermedad, por este medio solicito, autorizo y doy mi consentimiento para tales atención y tratamiento médicos que pueda recibir el estudiante de cualquier médico, entrenador atlético, enfermera o representante escolar. Asimismo, por este medio acepto mantener indemne y eximir de responsabilidad a la escuela y a sus representantes de toda reclamación por parte de cualquier persona en relación con la atención y el tratamiento médicos del estudiante.**

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Devuelva este formulario al maestro registrado de su hijo. El estudiante debe llevar este formulario a todos los viajes escolares.**