



**Gina Reilly**  
 Director, Department of Special Education  
 Educational Services Division  
 750 Waverly Avenue  
 Holtsville, NY 11742  
 631/244-4033  
 Fax: 631/240-8971  
 E-mail: greilly@esboces.org  
 www.esboces.org

**2022-2023**

**LA HISTORIA ANUAL DE SALUD – FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Estudiante: \_\_\_\_\_

#de Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

**Padre/Persona con Relación Paternal**

Nombre de madre: \_\_\_\_\_ #de telefono: \_\_\_\_\_ #de trabajo: \_\_\_\_\_ #de celular: \_\_\_\_\_

Nombre de padre: \_\_\_\_\_ #de telefono: \_\_\_\_\_ #de trabajo: \_\_\_\_\_ #de celular \_\_\_\_\_

**La Persona del Contacto de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de telefono: \_\_\_\_\_

Alergias:  Si  No Lista: \_\_\_\_\_

Las condiciones Cronicas: \_\_\_\_\_

Las heridas Graves, las enfermedades, las cirugias o hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

Historia de ataques:  Sí  No Fecha de ultimo ataque: \_\_\_\_\_

Historia de asma  Sí  No Fecha de ultimo disparo de tetano: \_\_\_\_\_

Anteojos:  Sí  No Other: \_\_\_\_\_

El estudiante toma la medicina siguiente en casa y en la escuela: (Liste las medicinas adicionales en la expalda de esta forma.)

(1) \_\_\_\_\_ la Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo(s) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ la Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo(s) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_ la Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo(s) \_\_\_\_\_

Yo doy mi consentimiento a tener a mi niño/a, \_\_\_\_\_, examinado y tratado, si indicado, en la mas cercana sala de emergencia en caso de la herida o la enfermedad que pueden ocurrir durante horas de escuela mientras el/ella es un estudiante en Eastern Suffolk BOCES.

La enfermera de la escuela tiene permiso para llamar el medico de estudiante en tiempo. Esta información puede ser compartida con esas personas implicadas con el cuidado de mi niño/a.

**Firma de Padre/Persona con Relación Paternal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor use el sobre blanco proporcionado en su paquete para devolver esta forma a la enfermera escolar.**