

**INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**  
**St. Peter PSR**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico dirección \_\_\_\_\_

Nombre Madre \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre Padre \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de otro responsable \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Relación o parentesco \_\_\_\_\_

En el caso de que intentos razonables para contactar con los mencionados fracasaran, por la presente doy mi consentimiento para: la administración de cualquier tratamiento necesario a mano de:

1. Medico preferible: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2. Médico Especialista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

1) Si los padres o un profesional designado no están disponibles, el personal de PSR llamará al 911.

2) La transferencia del niño a \_\_\_\_\_ (Hospital de preferencia) o a cualquier hospital razonablemente accesible.

*Firma del tutor LEGAL* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

Alergias a Medicinas \_\_\_\_\_ Alergias a Alimentos \_\_\_\_\_

Otras alergias \_\_\_\_\_

¿Se requiere EPI-PEN? \_\_\_\_\_ El EPI-PEN se mantendrá: con el niño \_\_\_ en aula \_\_\_ en la oficina PSR \_\_\_

\*\* Si EPI-PEN se mantiene en San Pedro, durante la hora de clase, debe ser en un recipiente cerrado y claramente marcados con el nombre del niño, edad, números de teléfono de contacto, síntomas, instrucciones de cómo usar y una **foto actual del niño**.

Medicinas actuales \_\_\_\_\_

Preocupaciones de salud (Diabetes, asma, contactos, etc.) \_\_\_\_\_

Eximo a St Peter y a su personal PSR, y sus voluntarios de toda responsabilidad que pudiera derivarse de cualquier situación de emergencia.

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Negativa al consentimiento:** No doy mi consentimiento para el tratamiento de emergencia de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia deseo que las autoridades de San Pedro NO tomen acción o que:

Firma del Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Oficina solo</b>	
Grade _____	Time _____
Room _____	Birth date _____
<b>Is EPI-PEN required?</b>	Yes      No
<b>Location of EPI-PEN</b>	

