

INFORMACION DE EMERGENCIA Año Escolar: _____ Nombre del estudiante: _____
 Distrito Escolar del Valle de Boulder RE-2 Apellido _____ Nombre _____ Apodo _____
 Escuela: _____ Sexo: M F Fecha de Nac.: _____ Grado: _____

		Tel. del hogar	Tel. trabajo	Tel. celular	Localizador
<u>Padre/Tutor 1</u>	<u>Dirección del padre/tutor 1:</u> (calle, ciudad, código postal)				
<u>Padre/Tutor 2</u>	<u>Dirección del padre/tutor 2:</u> (calle, ciudad, código postal)				
Contacto para emergencias 1:	Parentesco con el estudiante:				
Contacto para emergencias 2:	Parentesco con el estudiante:				
Contacto para emergencias 3:	Parentesco con el estudiante:				
Contacto para emergencias 4:	Parentesco con el estudiante:				

Los contactos de emergencia son aquellas personas a quienes se puede entregar el estudiante en caso de enfermedad o lesión cuando el padre no puede ser localizado.

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____ Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____
 Medicaid/Renuncia/Co. aseguradora: _____ Póliza #: _____
 Hospital preferido: _____

INFORMACION ACERCA DE LA SALUD: Mencione cualquier condición significativa o recurrente (por ejemplo: alergias severas / EpiPen, asma, A.D.D./A.D.H.D. [Síndrome de Deficiencia de Atención], defectos de nacimiento, diabetes, epilepsia, enfermedades del corazón, problemas del oído o de la vista) o cualquier condición relevante a la escuela o deportes.
 Explique: _____

MEDICAMENTOS que necesita regularmente:
 En la escuela: _____ En el hogar: _____
 Alergias a alimentos, medicamentos, picada de abeja (especifique): _____

INFORMACION MEDICAID: Los distritos escolares de Colorado tienen el derecho que confiere la ley para obtener reembolso de Medicaid cuando esta agencia dispense servicios médicos a los estudiantes elegibles bajo Medicaid. Estos fondos pueden ser utilizados para crear o ampliar los servicios médicos a todos los niños del distrito. *El reembolso del Medicaid escolar no afecta ningún otro beneficio de Medicaid que la familia pudiera tener.*

CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR A MEDICAID: Yo doy mi consentimiento y autorización para que el Distrito Escolar del Valle de Boulder pueda revelar información relacionada con los servicios elegibles dispensados por Medicaid a mi estudiante al Colorado Health Care Policy and Financing (HCPF) siempre y cuando mi estudiante esté inscrito en el programa de Medicaid. (Observe abajo si usted no desea otorgar su consentimiento).

INFORMACION DE EMERGENCIA: Se espera que los padres se responsabilicen del transporte de sus hijos desde la escuela al hogar o de la escuela a la oficina del doctor excepto en casos de extrema emergencia. En el evento de un accidente o enfermedad severa, el personal docente tratará de notificar a los padres primero. Si ni los padres ni los contactos de emergencia pueden ser localizados, los oficiales escolares, por medio de ésta quedan autorizados de tomar cualquier acción, incluso el uso de una ambulancia, si a su juicio fuera necesario por la salud y seguridad del estudiante arriba mencionado.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Yo, el suscrito, doy mi autorización a los oficiales del Distrito Escolar del Valle de Boulder de contactar directamente a las personas nombradas en esta tarjeta y autorizo al doctor o dentista indicados que dispensen el tratamiento que consideren necesario en una situación de emergencia por la salud de dicho estudiante. En el evento de que el doctor o dentista indicados no estuvieran disponibles en el momento de la emergencia del estudiante, por medio de esta autorización al doctor o dentista a quien el estudiante sea referido para ofrecer el tratamiento que consideren necesario para la salud de dicho estudiante.

No haré responsable financiera o legalmente al Distrito Escolar del Valle de Boulder por el cuidado de emergencia y/o transporte del estudiante mencionado.

Firma del Padre / Tutor legal: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____

NO DESEO dar mi consentimiento para facturar a Medicaid. Note la explicación arriba mencionada.
 Firma del Padre / Tutor: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____