

THE PENNSYLVANIA SCHOOL FOR THE DEAF
Información Medica y Forma de Seguro

Por favor llene TODOS los blancos. Esta información es necesaria para una referencia rápida en caso de una emergencia y será mantenida separada en un archivo medico durante la duración de su hijo en PSD. Por favor mantenga a las enfermeras informadas de cualquier cambio en en estado de salud de su hijo, llamando al (215) 951-4739 o enviando una nota con la información a las enfermeras en escrita.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____ Fecha de Hoy _____

1. Información del Doctor que la receta: Nombre: _____
 Numero de la oficina: _____ Dirección de la oficina: _____

2. ¿Es su hijo ALERGICO a alguna medicina?
 ___ No ___ Si Mencione: _____

3. ¿Es su hijo ALERGICO a alguna comida or sustancia?
 ___ No ___ Si Mencione: _____

4. ¿Tiene alguna restricción en la dieta o comida?
 ___ No ___ Si Mencione: _____

5. ¿Está usando su hijo alguna Medicana? ___ No ___ Si

Informacion De Medicina

**Por favor indique el nombre y telefono del doctor que la receto si no es el Doctor de Cabecera:

Nombre del Doctor _____ Oficina _____

Nombre del medicamento:	Razon Del medicamento:	Fuerza de la tableta o liquido:	Numero de tabelta o liquido:	Las veces que la medicacion es dada:	
				En Casa	La Escuela
*****	*****	*****	*****		

6. ¿Tiene su hijo algún problema de salud o enfermedad cronica (incluyendo los tubos de oido) que nosotros debamos saber?
 ___ No ___ Si Explique: _____

7. ¿Ha tenido su hijo algo de lo siguiente en el pasado año? :

a. ¿Enfermedad seria/Accidente? ___ No ___ Si Explique: _____

b. ¿Operaciones/Hospitalización? ___ No ___ Si Explique: _____
 ¿Donde/Cuando _____

Nombre de estudiante: _____ Fecha: _____

TODA LA MEDICINA ENVIADA A LA ESCUELA DEBE ESTAR EN EL ENVASE/PAQUETE ORIGINAL Y DEBE SER DADA DIRECTAMENTE A LA AYUDANTE O EL CHOFER DE LA GUAGUA. A su llegada a PSD la persona de transportación entonces le da la medicina a la enfermera escolar (Pam, Gail, o Cathy) o a la coordinadora de transportación, Roz Rodeffer. Para evitar malos entendidos, de una llamada con anticipación a la enfermera de PSD al (215) 951-4739, o 4719 o puede enviar una nota del padre/encargado que acompañe el medicamento de su hijo. Gracias

Part II: Seguro

Seguro de Salud Access de PA #: _____

Asistencia Medica Plan HMO # (marque el plan apropiado y entre el numero de HMO de su hijo):

___ Keystone Mercy Health Plan ID# _____

___ Health Partners ID# _____

___ Americhoice ID# _____

___ HMA Health Plan ID# _____

___ Otra (por favor especifique el nombre del plan) _____ ID# _____

Nombre del Plan Privado:

Grupo #: _____ Cert. #: _____

Yo certifico que tengo un seguro adecuado que cubre heridas, incluyendo dental, que le pueden ocurrir a mi hijo mientras es estudiante en PSD. The Pennsylvania School for the Deaf (PSD) NO SERA responsable por gastos medicos o dentales como resultando de una enfermedad o accidente incurrido mientras mi hijo está enrolado en PSD.

Yo estoy de acuerdo en confrontar todas las reglas y regulaciones de Pennsylvania School for the Deaf. Yo autorizo a la escuela para actuar en caso de una emergencia la cual afecte la salud y el bienestar de mi hijo, asi como permito a la escuela que adquiera reportes medicos que puedan ayudar con la educacion de mi hijo. Tambien estoy de acuerdo de que el personal de PSD le administre Tylenol, medicina de la toz, o antihistaminico en caso de ser necesario. Tambien autorizo a la Enfermera Pediatrica a hacer exámenes fisicos de acuerdo con las regulaciones del estado.

Firma del Padre/Encargado

Telefono del Hogar

Emergencia

Telefono del Trabajo

Celular o pager