

Formulario médico y de alergias

BackPR

Por favor, llene un formulario por cada niño y avísenos de inmediato si algo cambia.

Datos del niño

Nombre completo _____

Fecha de nacimiento _____

Programa y días _____

Nombre y teléfono del padre, madre o tutor _____

Alergias

Alergias a alimentos y reacciones _____

Otras alergias (picaduras de insectos, medicamentos, látex) y reacciones

¿Necesita un autoinyector de epinefrina (EpiPen)? ¿Lo traerá al programa todos los días?

¿Su hijo sabe ponérselo solo? ¿Prefiere que lo lleve consigo o que lo guarde el personal?

Medicamentos

Medicamento, dosis y horarios _____

Medicamento, dosis y horarios _____

Medicamentos que el personal le dará durante el programa (es posible que le pidamos a usted y al médico de su hijo que firmen nuestro formulario de medicamentos)

Condiciones médicas

Condiciones que el personal debe conocer (como asma, diabetes o convulsiones)

Qué debe hacer el personal si aparecen síntomas

Otras necesidades

Dieta especial o alimentos que no puede comer (por salud, religión u otra razón)

Necesidades de comportamiento, de aprendizaje o sensoriales (por ejemplo, TDAH, autismo o sensibilidad al ruido) y qué le ayuda a su hijo

Médico y seguro

Nombre y teléfono del médico _____

Seguro médico o Medicaid y número de póliza o de afiliado ("Member ID" en la tarjeta)

Documentos de salud

☐ Adjunto el registro de vacunas o el examen físico (si el programa los pide)

Contactos de emergencia

Nombre, relación con el niño, teléfono _____

Nombre, relación con el niño, teléfono _____

Consentimiento para atención médica de emergencia

En una emergencia, el personal llamará al 911 si es necesario y se comunicará conmigo lo antes posible. Si no logran comunicarse conmigo, autorizo al personal del programa a obtener atención médica de emergencia para mi hijo, incluidos el traslado en ambulancia y el tratamiento por parte de un médico o un hospital, y a compartir este formulario con el personal médico que atienda a mi hijo.

Nombre del padre, madre o tutor (en letra de molde)

Firma del padre, madre o tutor _____

Fecha _____

Se puede usar y modificar gratis, pero no es asesoría legal ni médica. Consulte las normas de licencia de su estado y los requisitos de su aseguradora, y pida a un abogado que revise cualquier texto de consentimiento o de exención de responsabilidad.

Plantilla de BackPR · backpr.com