



1145 Delsea Drive  
Westville, NJ 08093  
Tel: 856.848.4700  
www.adsschool.org

# ARCHBISHOP DAMIANO SCHOOL

*Making a difference in the lives of our students*

## EMERGENCY Y ENTRADA-SALIDA DE MEDICATION FORM

**POR FAVOR LA ACTUALIZACIÓN EN COMO BASE NECESARIA Y/O SE DEBE TERMINAR ANUALMENTE**

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha del nacimiento: \_\_\_\_\_  
de la dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ código de area \_\_\_\_\_

” **Indique quién para llamar 1r y/o 2do** -- Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_ Pager# \_\_\_\_\_ Work# \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_ Pager# \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

### CONTACTOS DE LA EMERGENCIA

**EN CASO DE QUE LOS PADRES NO PUEDAN SER ALCANZADOS, ENUMERE DOS (2) PERSONAS QUE TIENEN UN FUNCIONAMIENTO TELÉFONO Y TENGAN ACCESO AL TRANSPORTE.**

1. \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
del teléfono \_\_\_\_\_ de la relación \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del teléfono \_\_\_\_\_ de la relación \_\_\_\_\_

### LA AUTORIZACIÓN SIGUIENTE NECESIDAD FÍRMESE PARA LAS EMERGENCIAS EXTREMAS

**La escuela esta autorizada para llevar la mayoría de la acción prudente en una emergencia extrema incluyendo el transporte el hospital más cercano.**

**Yo doy mi permiso para el intercambio de la información entre la enfermera de la escuela y el abastecedor del cuidado médico enumerados.**

Firma \_\_\_\_\_ e/guardian: \_\_\_\_\_ : Fecha \_\_\_\_\_

### PREOCUPACIONES MÉDICAS: Termine u observe por favor ningunos cuando sea aplicable

Diagnostico médico: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
Medicación \_\_\_\_\_ Alimento \_\_\_\_\_ Ambiente \_\_\_\_\_

Equipo correctivo o adaptante usado por ejemplo prótesis de oído, los cristales, el sillón de ruedas, el etc.  
\_\_\_\_\_

Actuales medicaciones:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Times: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Times: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Times: \_\_\_\_\_

Prescrito por el Dr.: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: Teléfono del \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Especialistas:

1. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_