

**FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DEL PROGRAMA URBAN SCHOLARS**

**Estudiantes Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha De Nacimiento: MES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **DÍA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estudiantes** **Proveedor De Seguro De Salud:** **⬜ Medicaid/Husky ⬜ Medicare ⬜ Sin Seguro ⬜ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número De Identificación De La Póliza Seguro:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grupo Asegurador #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Médico de Atención Primaria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **­­­­­­­­­Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección Del Médico/Ciudad/Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección Del Dentista/Ciudad/Código Postal­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­Centro Médico Preferido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Permiso Para Ayudar**

Doy mi consentimiento para que el personal certificado en Primeros Auxilios y RCP administre primeros auxilios y RCP a mi hijo. Y se comunique con el médico o dentista mencionado anteriormente si mi hijo tiene una emergencia médica. También doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado al hospital más cerca en caso de una emergencia médica.Seré responsable de todos los honorarios médicos.

La ley de Connecticut establece que, excepto en el caso de una emergencia que amenace la vida o la extremidad, el padre o tutor debe firmar el consentimiento para tratar a un paciente menor de 18 años. Complete esta sección para permitir que su hijo reciba tratamiento por un accidente, lesión o enfermedad en un centro médico.

* El personal del programa siempre notificará a los padres/tutores de la necesidad de atención médica.
* Los formularios de salud y registro de los académicos se compartirán con el personal del centro médico.
* Solicito y autorizo al centro médico más cerca, y a su personal a brindar atención médica a mi hijo. También autorizo a LifeBridge Community Services a compartir información de salud con el proveedor médico. Esta autorización expirará un año a partir de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario.

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA**: Por la presente, doy permiso al personal médico seleccionado por el Director del Programa Urban Scholar para ordenar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para mí (personal) o mi hijo, y en caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el Director del Programa Urban Scholar para hospitalizar, asegurar el tratamiento y ordenar inyección, anestesia, o cirugía para mí (personal) o mi hijo como nombrado anteriormente. Este formulario puede ser fotocopiado para nuestro uso fuera de la propiedad. **Firma del padre/tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre/tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****

**URBAN SCHOLARS PROGRAM FORMULARIO DE HISTORIAL Y NECESIDADES DE SALUD**

Nombre De Los Académicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

Gran parte de esta información se utiliza para identificar a los académicos que requieren un plan de atención para mantener la salud y maximizar la participación en el Urban Scholars Program. Un plan de atención individual más **detallado para un becario con necesidades especiales de atención médica,** se requiere un formulario de discapacidades para los artículos con estrellas \*. El director trabajará con usted para desarrollar el Plan de Atención. **Si se requiere que algún medicamento se administre en Urban Scholars, necesitamos tanto el formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos, y formularios de Plan de Atención Individual**

**Por favor, responda estas preguntas de salud sobre su estudiante.**

Para cualquier respuesta verificada, incluya información sobre cómo maneja cada afección comprobada, los medicamentos tomados, si es necesario tomar medicamentos o estar disponibles en Urban Scholars, y otros detalles que nos ayudarán a comprender las necesidades de salud de su becario, etc. Siéntase libre de adjuntar hoja(s) adicional(es).

**Mi Becario Tiene:**

⬜ TDAH/ TDA ⬜ Enfermedad crónica\*

⬜ Alergia a los comida ⬜ Ha visitado el hospital en los últimos 12 meses

⬜ Alergia a medicación ⬜ Necesidades/solicitudes dietéticas especiales

⬜ Alergia a otro cosas ⬜ Cualquier problema con la audición

⬜ Medicación Diaria (para el programa) ⬜ Problema con la visión ( anteojos o lentes de contacto)

⬜ Asmático \* ⬜ Cualquier problema con speech

⬜ Convulsiones \* ⬜ Ver a un consejero / terapeuta (escriba la razón abajo)

⬜ Diabetes\* ⬜ Condición de desarrollo, emocional, o física\*

⬜ Problemas de comportamiento ⬜ Hospitalización psiquiátrica requerida\*

⬜ Actividades Específicas a Limitar \* **⬜ Sin problemas /preocupaciones de salud**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está el académico completamente vacunado contra el Covid? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna contra el Covid \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ Marque aquí para ser contactado por el primeros auxiliares o el director para discutir y planificar más a fondo las necesidades de su Alumno.

Esta información de salud es correcta hasta donde yo sé y la persona mencionada tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas del programa, excepto cuando se indique lo contrario. Doy permiso para compartir esta información con el personal de Urban Scholars. Autorizo a LifeBridge Urban Scholars a comunicarse conmigo por mensaje de texto o correo electrónico con respecto a la información de salud. **Firma del padre/tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**