

# TWIN CREEKS MIDDLE SCHOOL BAND

27100 OLD CYPRESSWOOD DRIVE, SPRING, TX 77373

CARLEY HOOD • NICK KALISEK

---

## PROCEDIMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Telefono de Casa-Padre \_\_\_\_\_ Telefono de Casa-Madre \_\_\_\_\_

Telefono del Trabajo-Padre \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo-Madre \_\_\_\_\_

Celular del-Padre \_\_\_\_\_ Celular del-Madre \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia (*aparte de los padres*) \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Ultima Inmunizacion Contra el Tetanos \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que el estudiante toma, incluyendo la dosis y los tiempos para administrar:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Alergia a cualquier medicamento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Cualquier historial medico que pueda ser pertinente en caso de lesion:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de que nuestro hijo/hija, \_\_\_\_\_, se lesion o se enferma durante una excursion, damos permiso para el tratamiento en sala de emergencias, de un hospital por un medico con licencia (MD). Asumo la responsabilidad de cualquier gasto incurrido. Se haran todos los esfuerzos para prevenir cualquier accidente, pero en el caso de que un nino pueda estar involucrado en uno, Entiendo que las escuela no puede ser considerada responsable.

---

## Informacion de Seguro Medico

Nombre de la Compania de Seguros \_\_\_\_\_ Telefono del Seguro \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_ #Politica \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_

Direccion de Reclamacion \_\_\_\_\_