

**La Tarjeta de la Información de la Salud y la Herida y Consiente para Tratamiento de Medica Forma  
(Esta forma deberá ser completada y deberá ser mantenida disponible para la referencia dondequiera  
competencia sucede. Actualice información médica como sea necesario.)**

El nombre del estudiante (Apellido, primero, inicial del medio nombre) \_\_\_\_\_

La edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

El nombre del padre/guardián \_\_\_\_\_

El domicilio del estudiante \_\_\_\_\_

El numero del teléfono de la casa de padres/guardián \_\_\_\_\_

El lugar de trabajar del padre/guardián \_\_\_\_\_

El numero de teléfono del trabajo del padre/guardián \_\_\_\_\_

El lugar de trabajar de la madre/guardián \_\_\_\_\_

El numero de teléfono del trabajo de la madre/guardián \_\_\_\_\_

En una emergencia, cuando los padres/guardianes no se pueden notificar, por favor contacto-

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Numero del teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Numero del teléfono \_\_\_\_\_

El médico de la familia \_\_\_\_\_ Numero del teléfono \_\_\_\_\_

El hospital preferido \_\_\_\_\_ Numero del teléfono \_\_\_\_\_

El dentista de la familia \_\_\_\_\_ Numero del teléfono \_\_\_\_\_

La fecha del último inyección del tétano: \_\_\_\_\_ (mes-año)

Llevas: Las gafas \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no / Lentillas \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no / Dentaduras \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

Liste alergia conocido, las reacciones de la droga, u otra información médica que es necesario a saber (La diabetes, los ataques, la historia de herida en la cabeza con la inconsciencia o la confusión, las medicinas, etc.)

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

Por favor nota y pon la fecha de información nueva de la herida aquí: \_\_\_\_\_

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

**El Consentimiento para Médica del Tratamiento**

La ley de Iowa se requiere un padre, o guardián legal, el consentimiento escrito antes su hijo o hija pueden recibir el tratamiento de la emergencia, a menos que, en la opinión de un médico, el tratamiento sea necesario para prevenir la muerte o la herida grave.

Como los padre(s) o guardián(es), del niño denominado en la frente de esta tarjeta, yo (nosotros) autoriza la emergencia tratamiento del médico o hospitalización que es necesario en caso de un accidente o la enfermedad de mi (nuestro) niño. Yo (nosotros) comprende que este consentimiento escrito se rinde al avance de cuidado del hospital o del diagnóstico específico. Esta autorización escrita se otorga sólo después que un esfuerzo razonable se ha hecho para contactarme (nosotros).

\_\_\_\_\_  
La fecha

\_\_\_\_\_  
La firma del padre/guardián

Consienta para el Tratamiento aprobado por el Capítulo de Iowa de la Academia Americana de Médicos de Emergencia