

# INFORMACION DE EMERGENCIA ANUAL DEL ESTUDIANTE

HLTHSP.FRM

NUMERO DEL ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	INICIAL 2o. NOMBRE	APELLIDO	APODO	SEXO
-----------------------	---------------	--------------------	----------	-------	------

A LA FECHA	AÑO ESCOLAR	ESCUELA	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO
------------	-------------	---------	-------	---------------------

DIRECCION	CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL	NUMERO DE TELEFONO
-----------	-----------------------------	--------------------

DIRECCION PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA	CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL	EMAIL ADDRESS
--	-----------------------------	---------------

ESTUDIANTE RESIDE CON	AMBOS PADRES	MADRE	PADRE	TUTOR LEGAL	OTROS EXPLIQUE
-----------------------	--------------	-------	-------	-------------	----------------

IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA	SOLICITO MATERIAL ESCRITO EN: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/>
-----------------------------	---

PADRE/TUTOR, APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL	NOMBRE DE LA COMPAÑIA/EMPRESA	TELEFONO Y EXTENSION
---	-------------------------------	----------------------

ESPOSO/A/TUTOR/A, APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL	NOMBRE DE LA COMPAÑIA/EMPRESA	TELEFONO Y EXTENSION
--	-------------------------------	----------------------

PERSONA QUE LE CUIDA A LOS NIÑOS	TELEFONO
----------------------------------	----------

DIRECCION	DIAS/HORAS	RELACION CON EL ESTUDIANTE
-----------	------------	----------------------------

**INFORMACION DE EMERGENCIA**

Si mi hijo/a necesita salir de la escuela debido a enfermedad, accidente o por una emergencia y no me pueden localizar, la escuela puede llamar/permitirle salir a mi hijo/a con la persona que lo cuida o con una de las siguientes personas: FAVOR DE ESCOGER A UNA PERSONA QUE PUEDE RECOGER A SU HIJO/A DURANTE EL DIA.

NOMBRE	RELACION CON EL ESTUDIANTE	TELEFONO

EN CASO DE EMERGENCIA, SI LA ESCUELA NO PUEDE COMUNICARSE CONMIGO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL TRATAMIENTO SEA DADO POR:

NOMBRE DEL MEDICO	NUMERO DE TELEFONO	COMPANIA DE SEGUROS
NOMBRE DEL DENTISTA	NUMERO DE TELEFONO	

**INFORMACION MEDICA** SI LA RESPUESTA ES "SI" COLOQUE UNA "X" EN LA CAJA

EN MEDICACION <input type="checkbox"/>	ALERGIA A LOS MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DEL OIDO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LA VISTA <input type="checkbox"/>
LENTE DE CONTACTO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD LIMITADA <input type="checkbox"/>	ATAQUES <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DEL CORAZON <input type="checkbox"/>
DIABETES <input type="checkbox"/>	ASMA <input type="checkbox"/>	ALERGIA A PICADURAS DE ABEJA <input type="checkbox"/>	OTRAS ALERGIAS <input type="checkbox"/>

SI CUALQUIERA DE LO INDICADO ARRIBA ESTA MARCADO O SI USTED TIENE CUALQUIER INFORMACION MEDICA QUE LA ESCUELA DEBA SABER, POR FAVOR EXPLIQUE:

**EN CASO DE UN DESASTRE, MI HIJO/A PUEDE SER ENTREGADO A LAS SIGUIENTES PERSONAS:**

NOMBRE	RELACION	TELEFONO	DESTINATION (OFFICE USE ONLY)
			<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

SI NO SE PUEDE LOCALIZAR AL PADRE Y SE DETERMINA QUE EL NIÑO NECESITA AYUDA MEDICA DE EMERGENCIA, POR FAVOR LLEVE A MI HIJO A LA ESTACION DE EMERGENCIA MAS CERCANA SI ES NECESARIO POR AMBULANCIA, PARA QUE SEA TRATADO.

YO ESTOY CONSCIENTE DE QUE EL DISTRITO ESCOLAR NO PUEDE ASUMIR RESPONSABILIDAD POR GASTOS MEDICOS QUE PUDIERAN OCURRIR.

FIRMAS: \_\_\_\_\_

TUTOR LEGAL	FECHA	ESTUDIANTE	FECHA
-------------	-------	------------	-------

FIRMAS: \_\_\_\_\_

ESPOSO/A/TUTOR/A	FECHA
------------------	-------

PADRES/TUTORES: POR FAVOR HAGAN CUALQUIER CLASE DE CAMBIOS/CORRECCIONES EN ESTA FORMA Y REGRÉSENLA A LA ESCUELA DE SU NIÑO.