

## Contacto de Emergencia e Información Médica de un Niño

El estudiante vive con: Los Dos Padres \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Otro (¿Quién?) \_\_\_\_\_ **POR FAVOR ESCRIBA**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo **M F**

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Tel. Residencia Tel. Trabajo Tel. Residencia Tel. Trabajo

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Cód. Postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Cód. Postal \_\_\_\_\_

Celular ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

### Contactos de Emergencia Alternativos

Persona a contactar cuando no se encuentren los padres: (Por favor infórmeles que aparecen como contacto de emergencia.)

Contacto de Emergencia Primario \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia Secundario \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Tel. Residencia Tel. Trabajo Tel. Residencia Tel. Trabajo.

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Celular Celular

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

### Información de Emergencia Médica

Hospital de Preferencia \_\_\_\_\_ Clínica de Preferencia \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ # Tel. \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Número de la Póliza \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ # Tel. \_\_\_\_\_

Alergias,/Precauciones relativas a la Salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ultima Vacuna DPT \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

\*Doy permiso a Blessed Trinity Catholic School para hacer lo que sea necesario en caso de emergencia (por ejemplo: primeros auxilios, evacuación de desastres) y que juzguen conveniente para el cuidado y protección de mi hijo mientras esté bajo la supervisión de la escuela.

\*\*En caso de una emergencia médica, entiendo que mi hijo será transportado al centro médico apropiado por la unidad local de emergencia para recibir tratamiento, si la autoridad local de emergencia (Policía, Escuadrón de Rescate) lo considera necesario. El niño será transportado a expensas del seguro o de los padres.

\*\*\*Comprendo que en algunas situaciones médicas, el personal tendrá que contactar la sala local de emergencia antes de hacerlo con los padres, el médico del niño y/o cualquier otro adulto que actúe en nombre de los padres.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre Fecha