

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

M F
Sexo

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

Clinica de Preferencia

Nombre del Doctor

Tel.

Compañía de Seguros

Número de la Póliza

Nombre del Dentista

Tel.

Alergias,/Precauciones relativas a la Salud: _____

¿Usa gafas el estudiante? : _____ Lentes de Contacto: _____ Enfermedades serias en el pasado. Ej: varicela, infección en el oído _____

Fecha del Último Examen Médico: _____ Fecha del Último Examen Dental _____

¿Está el estudiante Tomando Medicinas? _____ En caso afirmativo, ¿cuál droga y por qué razón? _____

¿Es necesario dar los medicamentos durante las horas de escuela? _____ En caso afirmativo se debe diligenciar un formulario de autorización.

¿Tiene alguna preocupación sobre la visión, escucha o salud general? _____

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

*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. 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