



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, el personal escolar llamará al 911.

Se hará todo lo posible para comunicarse con uno de los padres, apoderado o una persona designada para emergencias

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado:
Nombre de la escuela:	Nº de ident.:	Profesor u orientador:	Nº de autobús (A.M.):	Nº de autobús (P.M.):	
<input type="checkbox"/> El alumno tiene información de alerta médica en su expediente. Ver la página 2 para mayores detalles.					

INFORMACIÓN PARA COMUNICARSE CON EL PADRE/LA MADRE/EL APODERADO

Cualquiera de los padres, el padrastro/madrastra o el apoderado con quien viva el niño tiene el derecho de tomar decisiones con respecto al niño en caso de una emergencia y de recoger al niño de la escuela, a menos que una orden judicial u otro documento legal estipule lo contrario. Es responsabilidad suya proporcionar una copia de dicho documento a la escuela de su hijo.

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Casa:	Teléfono
Número:	Calle:	Nº de apartamento:	Trabajo:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Otro:	
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Vive con	Idioma:	Correo electrónico:	

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Casa:	Teléfono
Número:	Calle:	Nº de apartamento:	Trabajo:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Otro:	
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Vive con	Idioma:	Correo electrónico:	

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Casa:	Teléfono
Número:	Calle:	Nº de apartamento:	Trabajo:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Otro:	
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Vive con	Idioma:	Correo electrónico:	

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Casa:	Teléfono
Número:	Calle:	Nº de apartamento:	Trabajo:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Otro:	
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Vive con	Idioma:	Correo electrónico:	

OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor anote cuatro personas a quienes podamos llamar en caso de que no se pueda ubicar a los padres o apoderados. Estas personas tienen su autorización para tomar decisiones con respecto a su hijo en el caso de una emergencia y para recoger a su hijo de la escuela.

Nombre de la persona	Parentesco	Idioma	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* Por favor recuerde firmar la página 2.





FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, el personal escolar llamará al 911.

Se hará todo lo posible para comunicarse con uno de los padres, apoderado o una persona designada para emergencias

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado:
Nombre de la escuela:	Nº de ident.:	Profesor u orientador:	Nº de autobús (A.M.):	Nº de autobús (P.M.):	

CUIDADO ANTES Y DESPUÉS DE CLASES (complete si corresponde). Esta persona tiene su autorización para recoger a su hijo de la escuela.

Nombre del proveedor: _____ Teléfono: _____

HERMANOS QUE ASISTAN A LA MISMA ESCUELA (complete si corresponde).

Nombre(s): _____

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

Marque abajo cualquier problema actual de salud que pueda requerir atención durante el día lectivo. Complete además y envíe el Formulario de Información de Salud SS/SE-71 si su hijo tiene problemas de salud que requieran atención durante el día lectivo. **Ver más abajo la información de alerta médica actualmente en el expediente.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> alergias (sea específico) | <input type="checkbox"/> hemofilia |
| <input type="checkbox"/> comidas _____ | <input type="checkbox"/> discapacidad física (sea específico) _____ |
| <input type="checkbox"/> medicinas _____ | <input type="checkbox"/> problemas respiratorios (sea específico) _____ |
| <input type="checkbox"/> picadura de abeja o insecto _____ | <input type="checkbox"/> convulsiones |
| <input type="checkbox"/> otra _____ | <input type="checkbox"/> problemas de visión (sea específico) _____ |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> anteojos <input type="checkbox"/> lentes de contacto |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> otro (sea específico) _____ |
| <input type="checkbox"/> diabetes | _____ |
| <input type="checkbox"/> problemas de audición <input type="checkbox"/> audífono(s) | _____ |
| <input type="checkbox"/> problemas del corazón (sea específico) _____ | _____ |

Anote todos los medicamentos y las dosis que su hijo recibe en forma continua:

INFORMACIÓN DE ALERTA MÉDICA EN EL EXPEDIENTE

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

La atención médica de mi hijo la proporciona: _____ (nombre del médico, clínica o "HMO") _____ (teléfono)

La atención médica de mi hijo la cubre : _____ (compañía de seguro de salud, programa de asistencia, "HMO", etc) _____ (teléfono)

La escuela tiene mi autorización, en caso de una emergencia, cuando no puedan ubicarme, para llevar a mi hijo al establecimiento de atención médica apropiado más cercano y el personal médico tiene mi autorización para proporcionar el tratamiento que el médico estime necesario para el bienestar de mi hijo.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O APODERADO: _____ FECHA: _____