TARJETA DE CONTACTO EMERGENCIA

(Información de impresión)

Año Escolar _____

Grado: _____ Clase: _____ Salon: _____ Maestro/a: _____

Estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo ___

Padre / tutor (con quien vive estudiante): _____ Relación: _____

Dioma Preferido de los Padres: Escrito: _____ Oral: _____

Casa: ( ) Trabajo: ( ) Celular: ( )

Dirección: _____ Apt: _____ Zip: _____ Boro: _____

Otro Padre / Tutor: _____ Relación: _____

Dioma Preferido de los Padres: Escrito: _____ Oral: _____

Casa: ( ) Trabajo: ( ) Celular: ( )

Dirección: _____ Apt: _____ Zip: _____ Boro: _____

Indique los nombres de tres (3) personas que se pueden llamar en caso de emergencia
Estudiante podrá salir **SOLO PARA PERSONAS MENCIONADAS EN ESTA TARJETA.**

Nombre: _____ Teléfono: ( ) _____ Relación : _____

Nombre: _____ Teléfono: ( ) _____ Relación : _____

Nombre: _____ Teléfono: ( ) _____ Relación : _____

Si hay una persona que no tenga acceso al niño, por favor indique:

Nombre: _____ Relación : _____ Orden de Protección existe? Sí ____ No ____

INFORMACIÓN DE LA SALUD

Nombre del Médico / Clínica: _____ Teléfono: ( ) _____

Alerta de Salud

¿Tiene el niño alguna condición de salud que pueden afectar la participación en actividades físicas? Sí _____ No _____

Limitaciones: _____ (subir escaleras,participación en gimnasio)

Alergias: _____

Servicios 504 para el año escolar? Sí _____ No _____ Año Anterior? Sí _____ No _____

Mi hijo tiene (X) lo que corresponda): seguro privado, _____ Medicaid _____, no tienen seguro medico: _____

Si ninguno de los contactos con nombre se puede llegar, ¿qué es lo que desea que la escuela debe hacer si su niño está enfermo o lesionado?

_____

Se entiende que, en la disposición final de un caso de emergencia, a juicio de las autoridades de la escuela prevalecerá. La recomendación del padre como se ha indicado anteriormente será respetada en la medida de lo posible.

Hermanos: Apellido	**Nombre**	**Escuela Que Asisten**

PARA USO DE LA ESCUELA.....

Indique a continuación los contactos realizados en caso de emergencia, enfermedad o lesión. Los registros pertinentes de la Historia Clínica:

Fecha Contacto Razón Disposición

El capital será notificado por escrito de cualquier cambio en la información en esta tarjeta _____

Firma del Padre / Tutor