

DISTRITO ESCOLAR SAN BRUNO PARK
Formulario de emergencia médica anual

School Year 2018-19

? Nueva información

Escuela : _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Información de Estudiante:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ / / M / F
 () _____ fecha de nacimiento _____ Sexo _____
 Teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ código postal _____

INFORMACIÓN DE PADRES: Estudiante vive con? Padres Madre Padre Custodia Compartida Guardián
 Sole Custody -- Mother or Father (circle one)

Padre/Guardián	Madre/Guardián
Nombre _____	Nombre _____
Dirección (si es diferente del estudiante) Calle: _____	Dirección (si es diferente del estudiante) Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Email : _____	Email : _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Ocupación: _____	Ocupación: _____
Teléfono de casa: () _____	Teléfono de casa: () _____
Teléfono del trabajo: () _____	Teléfono del trabajo: () _____
Teléfono móvil: () _____	Teléfono móvil: () _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Se requiere la siguiente información en caso de que su hijo se enferme o se lastime, o en caso de una emergencia o un desastre mayor, la escuela puede llamar o mi hijo puede ser entregado a cualquiera de las personas que figuran a continuación.

Relación	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO	NÚMEROS DE CÉLULA DIURNA
		()	()
		()	()
		()	()
		()	()
PROVEEDOR DE DAYCARE		()	()

El nombre del doctor _____ Teléfono _____
 Hospital _____ Teléfono _____
 Compañía de seguros _____ # del seguro _____ # del plan _____
 Nombre del dentista _____ Teléfono _____

NO PROBLEMAS DE SALUD

CONDICIONES MÉDICAS: (√ todo lo que corresponda)

- En medicación Si es así, nombre de la medicación: _____
- Alergias Si es así, alérgico a lo: _____
- PE limitado si es así, limitado a lo que: _____
- Problemas del corazón Trastornos convulsivos Asma Restricciones dietéticas religiosas _____
- Diabetes Gafas / Contactos Problemas de audición _____

***** NOTA *****

Si es necesario que su hijo tome medicamentos en la escuela, debe proporcionar a la escuela las instrucciones escritas del médico y su permiso por escrito. Los medicamentos en la escuela deben mantenerse en el envase original de la farmacia. No se administrarán medicamentos de ningún tipo (prescripciones o medicamentos sin receta que incluyan aspirina o sustitutos de aspirina) en la escuela, a menos que se cumplan las condiciones anteriores.

CONSOVO CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA SI LAS AUTORIDADES ESCOLARES LO CONSIDERAN NECESARIO Y DESPUÉS DE QUE TODOS LOS ESFUERZOS PARA ALCANZAR AL PADRE O AL ADULTO DESIGNADO HAYAN FALLADO. SU HIJO / HIJA SERÁ LLEVADO EN AMBULANCIA A EXPENSAS DE LOS PADRES A LA INSTALACIÓN DE EMERGENCIA MÁS CERCANA.

NOTIFICARÉ A LA ESCUELA CADA VEZ QUE HAYA UN CAMBIO EN CUALQUIERA DE ESTA INFORMACIÓN.

Firma del padre _____ Fecha _____