



INFORMACION PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, el personal de la escuela llamará al 911. Se hará todo lo posible para contactar a los padres, tutores o contacto de emergencia.

AÑO ESCOLAR:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado:
Escuela:	Maestro/a:		Autobús N.º	Guardería después del horario escolar:	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PADRES/TUTORES

Este formulario debe ser completado por el padre, la madre o el tutor legal con quien vive el estudiante durante la mayor parte de la semana.

Padre/madre	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Teléfono
Dirección:				Particular:
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padres de crianza temporal <input type="checkbox"/> Usted				El estudiante vive con este padre/madre/tutor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma:				Laboral:
				Celular:
				Correo electrónico
Otro padre/madre	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Teléfono
Dirección:				Particular:
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padres de crianza temporal <input type="checkbox"/> Usted				El estudiante vive con este padre/madre/tutor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma:				Laboral:
				Celular:
				Correo electrónico

OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor indique al menos dos personas a las que podamos llamar para tomar decisiones de emergencia y/o recoger a su hijo de la escuela si no podemos comunicarnos con los padres o tutores en caso de emergencia:

Nombre de la persona	Relación	Idioma	Teléfono(s)

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

Si existen condiciones médicas y/o de salud que afectan la jornada escolar de su hijo, complete la siguiente información:

ADD/ADHD: medicamentos _____

Alergias: alimentos _____ abejas/insectos _____ otra alergia (indique) _____
 tiene Epi-Pen otros medicamentos para alergias _____

Asma: usa inhalador _____ otros medicamentos para asma _____

Trastornos sanguíneos _____

Cáncer: tipo _____ Discapacidad física _____

Diabetes _____ Convulsiones: medicamentos _____

Problemas de audición Audífonos _____ Problemas de visión: gafas lentes de contacto _____

Problemas cardíacos _____ Otros problemas de salud: _____

Indique todos los medicamentos que su hijo recibe en forma continua: _____

Si su hijo debe tomar medicamentos en la escuela, solicite los formularios de Autorización de Medicación en la escuela.

ATENCIÓN MÉDICA

Mi hijo tiene seguro de salud Sí No Nombre de la compañía de seguro de salud: _____

Mi hijo tiene seguro dental Sí No Nombre de la compañía de seguro dental: _____

El médico de atención primaria de mi hijo es: _____ Teléfono: _____

Yo, _____ (Sí _____) (No _____) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en la escuela a conversar sobre los problemas de salud de mi hijo y/o intercambiar información relativa a este formulario. *Esta autorización estará vigente hasta que usted la revoque. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento; para ello, comuníquese con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del expediente de su hijo, se conservará la documentación de la divulgación en el registro médico o expediente académico de su hijo.*

Firma de padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____