

**\*\*\* PARA LA SEGURIDAD DE SU HIJO, TENGA EN CUENTA QUE TODOS LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA DEBERÁN MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO AL RECOGER A LOS ESTUDIANTES.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Los estudiantes viven con : \_\_\_\_\_ Correo electrónico de los padres/tutores: \_\_\_\_\_

Madre/Mujer Guardián: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo Para Arriba: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Masculino: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo Para Arriba: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Proporcione los nombres de los vecinos, amigos o parientes a los que la escuela puede llamar para recoger al estudiante si el padre/tutor no puede ser contactado. **Los que se enumeran a continuación solo tendrán permiso si son llamados por la escuela. Complete el FORMULARIO DE PERMISO PARA PICK-UP para los despidos "en cualquier momento" por parte de no tutores.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

En el caso de que ninguno de los contactos mencionados anteriormente pueda ser contactado durante una emergencia, los estudiantes pueden ser transportados al centro de emergencia sin salida (generalmente Nanticoke Memorial Hospital)..

Doctor de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Oculista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Cruz Azul: \_\_\_\_\_ Medicaid: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguros : \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Le doy a la enfermera mi permiso para darle a mi hijo medicamentos sin receta (Tylenol, Motrin, pastillas de garganta, antiácidos, etc). Estos se administrarán de acuerdo con las instrucciones del paquete a menos que los padres hayan hecho otros arreglos con la enfermera de la escuela.

Sí  No

▶▶▶▶ Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_:

Por favor responda todas las preguntas a continuación (marque todas las que correspondan):

Asma: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Dolores de Cabeza: \_\_\_\_\_ Epilepsia/ataques: \_\_\_\_\_ Soplo de Corazón: \_\_\_\_\_ Enfermedad de Corazón: \_\_\_\_\_ Problemas de Riñones: \_\_\_\_\_ Problemas de Sangre: \_\_\_\_\_ Nacimiento Prematuro: \_\_\_\_\_ Problemas de huesos: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Explica cualquier problema indicado arriba: \_\_\_\_\_

Haga una lista ALERGIAS (medicina, alimentos, bichos) y describir reacciones: \_\_\_\_\_

Lleva: Lentes: \_\_\_\_\_ Lentes de Contacto: \_\_\_\_\_ Ultima cita con el oculista: \_\_\_\_\_ Problemas al oír : \_\_\_\_\_ Audifonos: \_\_\_\_\_

(¿El estudiante toma algún medicamento regularmente para cualquier enfermedad?: \_\_\_\_\_)

Los medicamentos deben ser recibidos en el envase original y se debe dar permiso a la enfermera para administrar.)

¿Algún otro problema de salud? \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el estudiante alguno de los siguientes desde el año escolar pasado?: Problemas Dentales: \_\_\_\_\_ Cirugía: \_\_\_\_\_

Malestares Emocionales: \_\_\_\_\_ Enfermedad Grave: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_