

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA - CONNECTIONS DAY SCHOOL

20__-20__ Año Escolar

(Por favor llene completamente, es decir, si su hijo no tiene alergias a escribe "ninguno" en el espacio correspondiente.)

Alumno Nombre LEGAL: Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____ Sexo: M | F

Fecha de Nacimiento: _____ Apodo: _____ Grado en la Escuela: _____ Celular del estudiante (____) _____

Madre - Nombre completo: _____ Teléfono: (____) _____ Celular/Page: (____) _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Padre - Nombre completo: _____ Teléfono: (____) _____ Celular/Page: (____) _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Madre correo electrónico: _____ Padre correo electrónico: _____

Niño/a vive con: Ambos Padres Madre sólo Padre sólo Otro / especificar _____

Guardian Legal: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono: (____) _____

Lista de problemas médicos: _____ Alergias: _____

Medicamentos en casa (Nombre/ hora/dosis): _____

Medicamentos en la escuela (Nombre/ hora/dosis): _____

Instrucciones especiales: _____ Allergias Medicamentos: _____

Idioma hablado en casa si no es el Inglés: _____

Si ninguno de los padres puede ser contactado en caso de lesión o enfermedad grave, yo autorizo la escuela para tomar las medidas de emergencia que se considere necesario, incluyendo el transporte a un hospital o centro médico.

Firma del Padre o Guardian: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE CONTINUACIÓN

Alumno Nombre LEGAL: Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Apodo: _____ Grado en la Escuela: _____

Enumere otros niños, grados y escuelas: _____

Actualmente ver a un **Terapeuta** (fuera de la escuela)? _____ Si _____ No --- Si "sí", por favor especifique lo siguiente:

Nombre del terapeuta: _____

Dirección del terapeuta: _____

Número de teléfono: _____

Tenemos permiso para contactar con este terapeuta? _____ Si _____ No --- Si "sí" por favor complete un formulario de Divulgación de Información

Actualmente viendo a un **Psiquiatra** (fuera de la escuela)? _____ Si _____ No --- Si "sí", por favor especifique lo siguiente:

Nombre del psiquiatra: _____

Dirección del psiquiatra: _____

Número de teléfono: _____

Tenemos permiso para contactar este psiquiatra? _____ Si _____ No --- Si "sí" por favor complete un formulario de Divulgación de Información.

Actualmente participan en los tribunales? _____ Si _____ No

Actualmente involucrado con un oficial de libertad condicional? _____ YES _____ No

Si "sí" por favor indique el nombre del oficial de libertad condicional: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección de la empresa: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS # _____

Grupo / Número de Póliza: _____ Empleador: _____