

### INFORMACION DE EMERGENCIA ANUAL DEL ESTUDIANTE

NUMERO DEL ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	INICIAL 2° NOMBRE	APELLIDO	APODO	SEXO
A LA FECHA	ESCUELA <b>PIONEER</b>		FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO
DIRECCION			CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL		NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA			CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL		# CELULAR (de contacto principal)
ESTUDIANTE RESIDE CON:	<input type="checkbox"/> AMBOS PADRES	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL	<input type="checkbox"/> OTROS - EXPLIQUE
IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA			SOLICITO MATERIAL ESCRITO EN: <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> VIETNAMINA <input type="checkbox"/>		
PADRE/TUTOR: APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL			NOMBRE DE LA COMPAÑIA/EMPRESA		TELEFONO & EXTENSION
ESPOSO/A/TUTOR/A: APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL			NOMBRE DE LA COMPAÑIA/EMPRESA		TELEFONO & EXTENSION
PERSONA QUE LE CUIDA A LOS NIÑOS			TELEFONO		
DIRECCION			DIAS/HORAS		RELACION CON EL ESTUDIANTE

#### INFORMACION DE EMERGENCIA

Si mi hijo/a necesita salir de la escuela debido a enfermedad, accidente o por una emergencia y no me pueden localizar, la escuela puede llamar/permitirle salir a mi hijo/a con la persona que lo cuida o con una de las siguientes personas: FAVOR DE ESCOGER A UNA PERSONA QUE PUEDE RECOGER A SU HIJO/A DURANTE EL DIA.

NOMBRE	RELACION CON EL ESTUDIANTE	TELEFONO

EN CASO DE EMERGENCIA, SI LA ESCUELA NO PUEDE COMUNICARSE CONMIGO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL TRATAMIENTO SEA DADO POR:

NOMBRE DEL MEDICO	NUMERO DE TELEFONO	COMPAÑIA DE SEGUROS
NOMBRE DEL DENTISTA	NUMERO DE TELEFONO	
		NUMERO DE LA POLIZA

INFORMACION MEDICA Si la respuesta es "Si" coloque una "x" en la caja.

EN MEDICACION <input type="checkbox"/>	ALERGIA A LOS MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DEL OIDO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LA VISTA <input type="checkbox"/>
LENTES DE CONTACTO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD LIMITADA <input type="checkbox"/>	ATAQUES <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DEL CORAZON <input type="checkbox"/>
DIABETES <input type="checkbox"/>	ASMA <input type="checkbox"/>	ALERGIA A PICADURAS DE ABEJAS <input type="checkbox"/>	OTRAS ALERGIAS <input type="checkbox"/>

SI CUALQUIERA DE LO INDICADO ARRIBA ESTA MARCADO O SI USTED TIENE CUALQUIER INFORMACION MEDICA QUE LA ESCUELA DEBA SABER, POR FAVOR EXPLIQUE:

---



---

EN CASO DE UN DESASTRE, MI HIJO/A PUEDE SER ENTREGADO A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

NOBRE	RELACION	TELEFONO	DESTINACION (USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)
NOBRE	RELACION	TELEFONO	
NOBRE	RELACION	TELEFONO	

SI NO SE PUEDE LOCALIZAR AL PADRE Y SE DETERMINA QUE EL NIÑO NECESITA AYUDA MEDICA DE EMERGENCIA, POR FAVOR LLEVE A MI HIJO/A A LA ESTACION DE EMERGENCIA MAS CERCANA SI ES NECESARIO POR AMBULANCIA. PARA QUE SEA TRATADO.

YO ESTOY CONSIENTE DE QUE EL DISTRITO ESCOLAR NO PUEDE ASUMIR RESPONSABILIDAD POR GASTOS MEDICOS QUE PUDIERAN OCURRIR.

FIRMAS:

TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMAS:

ESPOSO/A/TUTOR/A \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**PADRES/TUTORES: POR FAVOR LLENAN ESTA FORMA Y REGRÉSENLA A LA ESCUELA.**