

WJCC EMERGENCY INFORMATION CARD

Escuela	Año Escolar
---------	-------------

SCHOOL USE ONLY
Aula Homeroom/1 ^{er} Bloque
Nombre del Profesor
Grado

FAVOR DE LLENAR ESTE FORMULARIO COMPLETO.

La siguiente información ha cambiado desde el año pasado: SI NO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (apellido, primer nombre, segundo nombre)		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION (debe tener el número y nombre de la calle)		CIUDAD	CODIGO POSTAL
NOMBRE COMPLETO - MADRE / APODERADO (apellido, primer nombre, segundo nombre)	TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE TRABAJO/Ext.	TELEFONO CELULAR
NOMBRE COMPLETO - PADRE / APODERADO (apellido, primer nombre, segundo nombre)	TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE TRABAJO/Ext.	TELEFONO CELULAR

Yo autorizo a las siguientes personas para asumir el cuidado temporal de mi hijo(a) si no puedo ser localizado:				
OPCION	NOMBRE	RELACION	DIRECCION	TELEFONO DE DIA
1ra				
2da				
3ra				

POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO

***Tiene este estudiante Seguro de Salud? (Privado, Medicaid, FAMIS) SI NO Si no tiene y desea información sobre el Seguro del Estado debe llamar FAMIS al número gratuito 1-866-873-2647 (hablan español) o comuníquese con su oficina local del Departamento de Servicios Sociales.**

***La siguiente información es CONFIDENCIAL y solo será compartida con el personal apropiado en una necesidad de conocimiento o con Servicios Médicos de Emergencia (EMS) en situaciones de emergencia. Si su hijo(a) tiene algún problema de salud que puede afectar a él/ella en la escuela es la responsabilidad de los padres/apoderados notificar a la enfermera de la escuela y al personal adecuado.**

Por favor note cualquier tipo de limitación física, discapacidad, enfermedad crónica, o alergias que su hijo(a) pueda tener. Describa el problema de salud abajo, junto con las instrucciones especiales para su cuidado. Por favor infórmenos por escrito si esta información no se puede compartir con los miembros del personal así sea en una necesidad de conocimiento.

DIAGNOSTICO(S) MEDICO Y / O PROBLEMA(S) DE SALUD:

ALERGIAS: A que:

Que sucede o le pasa:

¿Es esto peligro de vida? SI NO (Si la respuesta es "SI" por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela)

MEDICACION DIARIA EN CASA:

MEDICACION DIARIA EN LA ESCUELA:

En caso de accidente o enfermedad, le pido a la escuela se ponga en contacto conmigo. Si la situación es potencialmente mortal o grave, doy permiso para que un equipo de rescate transporte a mi hijo(a) al centro médico más cercano. Si esto ocurre, doy mi permiso al centro médico para el tratamiento de mi hijo(a) a mi costo y transmitir el tratamiento y diagnóstico a una enfermera de la escuela de WJCC. Voy a notificar inmediatamente a la escuela si la información cambia durante el año.

Nombre de su Medico Local

Número de Teléfono de la Oficina de su Doctor

FIRMA DEL PADRE O APODERADO

FECHA