

FORMULARIO PARA LLAMADAS DE EMERGENCIA

Estimados Padres de Familia:

Nosotros queremos ayudarles de cualquier manera posible en el cuidado de la salud de su hijo. Para poder hacerlo, nosotros necesitamos saber si su hijo tiene necesidades especiales de salud, tales como: medicamentos y/o condiciones de salud. Por favor regrese este formulario a la escuela de su hijo lo más pronto posible.

Este formulario debe ser llenado ÚNICAMENTE por un padre de Familia!

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____ MAESTRO TITULAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DIRECCION: _____

DE TELEFONO DE LA CASA: _____ DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

Padre 1
(en casa)

Nombre: _____

Dirección: _____

de teléfono de la casa: _____

de teléfono celular o móvil: _____

Lugar donde trabaja y puesto: _____

de teléfono del trabajo y extensión: _____

Padre 2
(en casa)

Nombre: _____

Dirección: _____

de teléfono de la casa: _____

de teléfono celular o móvil: _____

Lugar donde trabaja y puesto: _____

de teléfono del trabajo y extensión: _____

¿Quién más tiene permiso para recoger a su hijo en caso de que hubiera una emergencia?

(LOS NOMBRES Y LOS NUMEROS DE TELEFONO DEBEN SER DIFERENTES A LOS QUE ESTAN EN LA LISTA DE ARRIBA):

1. Nombre y relación: _____ # de teléfono: _____

2. Nombre y relación: _____ # de teléfono: _____

3. Nombre y relación: _____ # de teléfono: _____

POR FAVOR HAGANOS SABER CUALQUIER CAMBIO

Por favor haga una lista de las condiciones de salud que padezca su hijo, tales como: problemas del corazón, asma, diabetes, epilepsia, alergias severas, problemas con los ojos o los oídos, o alguna condición crónica o cualquier otra condición de la cual nosotros debamos saber: (NOTA: **Si usted anota asma, usted deberá proveer un inhalador al personal de la escuela** o indicarle a su hijo que lo ande siempre. Además, si usted escribe reacción alérgica, **usted deberá proveer un epi pen al personal de la escuela**):

Por favor haga una lista de todos los medicamentos que el estudiante este tomando y especifique si el/ella deberá tomarlos aquí en la escuela: _____

Por favor indique el nombre del doctor, la clínica u hospital que usted prefiere en caso de emergencia. Por favor note que haremos todos los intentos posibles de llamar a los padres de familia antes de transportar a un estudiante a una facilidad médica:

Doctor: _____ Hospital: _____

LIBERACION DE INFORMACION

“POR ESTE MEDIO AUTORIZO CUALQUIER SERVICIO DE EMERGENCIA PARA ESTE ALUMNO.” “POR ESTE MEDIO AUTORIZO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE VAN BUREN A QUE COMPARTA LAS CUESTIONES DE SALUD DE MI HIJO CON CUALQUIER MIEMBRO PERTINENTE DEL PERSONAL.”

FIRMA DEL PADRE: _____ **FECHA:** _____

RECUERDE:

¡QUE ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE DE FAMILIA EL NOTIFICAR, AL PERSONAL DE LA ESCUELA DE SU HIJO, LOS CAMBIOS DE NUMERO DE TELEFONO O DE DIRECCION!

*** Si su hijo tiene una condición medica de la cual usted quiere hablar, personalmente, con la enfermera, por favor comuníquese con el personal de la oficina para que pida una cita para hablar con la enfermera. ****