

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

CONDADO DE ARLINGTON

◆Este formulario deberá ser completado por los padres/tutor legal y deberá devolverse al maestro **el segundo día de escuela. Imprima y presione fuerte.**

ALUMNO (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	Sexo M F	FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)	GRADO	SECCIÓN	PROFESOR
DIRECCIÓN		CODIGO POSTAL	TELÉFONO DE LA CASA (703)		
MADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	E-mail de Emergencia	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	BEEPER O CELULAR # ()		
PADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	E-mail de Emergencia	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	BEEPER O CELULAR # ()		
ENCARGADO LEGAL (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	E-mail de Emergencia	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	BEEPER O CELULAR # ()		
Con quién vive el estudiante	E-mail de Emergencia	Idioma que se habla en la casa			

Si vive también en otra dirección, proporcionela aquí

AMIGO O PARIENTE A QUIEN SE PUEDE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA SI NO SE PUEDE LOCALIZAR A LOS PADRES

A esta persona se le dará información de su niño(a) ÚNICAMENTE relacionada a la razón específica por la cual se le ha llamado.

(APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) 1)	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	NUMERO DE TELEFONO ()
(APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) 2)	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	NUMERO DE TELEFONO ()
(APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) 3)	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	NUMERO DE TELEFONO ()

Información adicional que nos permita comunicarnos con usted:

NOMBRE DEL MÉDICO QUE VE A SU HIJO REGULARMENTE	TELÉFONO	ALERGIAS
NOMBRE DE SU SEGURO	Número de Identificación de Seguro	Medicinas para alergias que deberán ser administradas en caso de emergencia

INFORMACIÓN MÉDICA

Marque la casilla apropiada para indicar cualquier condición médica que pueda requerir atención durante el día en la escuela. Si usted tiene información adicional o asuntos que discutir con la enfermera, por favor llámela a la clínica de la escuela.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (Especifique y enumere todos los que aplican) | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Comidas _____ | <input type="checkbox"/> Impedimentos físicos (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos _____ | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas con la vista <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oídos <input type="checkbox"/> Aparato para oído(s) | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón (Especifique) _____ | |

MEDICAMENTOS - Haga una lista de todos los medicamentos con las dosis y las horas que su hijo(a) necesita tomarlas. Por ejemplo: Epipen, glucagon. Inhalador, etc. _____

En caso de emergencia que impida que su niño salga de la escuela a su hora regular, que medicamentos deberá tomar. Especifique. _____

CIERRE DE ESCUELA DEBIDO A EMERGENCIA O MAL TIEMPO

DE SER NECESARIO EL CIERRE DE LA ESCUELA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR, EL ALUMNO CUYO NOMBRE ESTA INDICADO ARRIBA RECIBIÓ LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.

- Regresar a la casa en el autobus escolar usual
- Caminar dirigiéndose directamente a la casa
- Ir a la casa de (nombre) _____ (dirección) _____
- El niño está inscrito en el programa de guardería Extended Day _____ o Check-In _____ y debe ir allí.
- Si el alumno ha recibido otras instrucciones, explíquelas aquí _____

Una autorización para dar medicamentos en la escuela debe ser completada por el médico del niño para todo medicamento que se dará en la escuela. Estos formularios pueden ser obtenidos en la clínica de la escuela.

Yo entiendo que la información arriba indicada y los resultados de los exámenes de oído, de la vista e inmunizaciones podrán ser compartidas con el profesor o profesores de mi hijo(a), así como también con el director/a de la escuela u otro personal escolar. Ninguna otra información médica será divulgada sin mi permiso. Este formulario se mantendrá en la clínica u otros sitios en la escuela, y puede ser usado por el personal de salud escolar, los maestros, el director/a ó cualquier otro personal de la escuela cuando sea necesario.

La escuela tiene mi permiso, en caso de una emergencia, si no pueden ponerse en contacto conmigo o mi médico, de llevar a mi hijo(a) a una clínica de emergencia o al hospital más cercano, y autorizo al personal médico a darle el tratamiento que ellos estimen necesario para el bienestar de mi hijo(a). Una copia de éste formulario será dado al personal del servicio de emergencia que responda a la llamada del 911.

Firma del padre/tutor legal: **X** _____ FECHA: _____

IMPORTANTE: POR FAVOR NOTIFIQUE AL PERSONAL DE LA CLÍNICA DE LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN ESTA INFORMACIÓN.

Distribución: Blanca: Administración; Amarilla: Enfermera; Rosada: Primaria – maestra; Intermedias – maestra; Secundaria-3er período; Naranja: Oficina