

FORMULARIO PARA LLAMADAS EN CASO 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 y firmado ÚNICAMENTE por un padre de Familia!

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ MAESTRO TAG: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

Padre/TUTOR LEGAL 1
(en casa)

Nombre: _____

de teléfono de la casa o celular: _____

Lugar donde trabaja y puesto: _____

de teléfono del trabajo y extensión: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Padre/TUTOR LEGAL 2
(en casa)

Nombre: _____

de teléfono de la casa o celular: _____

Lugar donde trabaja y puesto: _____

de teléfono del trabajo y extensión: _____

Dirección de correo electrónico: _____

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

(ESTOS NOMBRES Y ESTOS 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 él/ella deberá tomarlos aquí en la escuela: _____

Por favor tome nota que haremos todos los intentos necesarios para comunicarnos con los padres de familia antes de llevar a este estudiante a un centro médico.

LIBERACION DE INFORMACION

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

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 médica 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. ****