

INFORMACION DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE O EL JOVEN

Ciudad: _____ Escuela: _____ Apellido _____

En ocasiones hemos tenido dificultades para contactar a los padres o tutores en caso de emergencia. Por favor ayúdenos a completar la siguiente información. Solo un FORMULARIO DE EMERGENCIA por familia.

Nombre y apellido del niño	Sexo	Fecha de nacimiento	Condición especial de salud (describir) necesidades dietéticas o medicamentos prescritos

Dirección de la casa: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre/Tutora _____ Lugar de trabajo: _____

Número de teléfono del trabajo de la madre: _____ Número del celular: _____

Nombre del padre/Tutor: _____ Lugar de trabajo: _____

Número teléfono de trabajo del padre: _____ Número celular: _____

Si son divorciados, nombre del padre con la custodia legal: _____

¿El padre y la madre tienen custodia compartida? Sí _____ No _____

ADULTO(S) RESPONSABLE(S) que han asumido la responsabilidad para el niño si el padre o tutor no puede ser localizado.

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación con el niño

Médico elegido: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Hospital elegido: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Si usted, o el adulto responsable y, el médico elegido, como se indicó anteriormente, no pueden ser localizados en caso de emergencia y se necesitara atención médica u hospitalaria, con la presente autorizo el transporte de mi hijo a un hospital o médico para tratamiento.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre en letra imprenta: _____