

PARROQUIA/ESCUELA FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES/JÓVENES

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN: Escuela Parroquia Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cód. Postal: _____

PERSONA DE CONTACTO

Nombre: _____ Teléfono: _____ Email: _____

INFORMACION DEL NIÑO/A

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cod. postal: _____

Padre(s)/Guardián(es): _____

Persona con la que vive el niño/a: _____

Nombre de las personas a notificar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre del doctor de la familia: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última inmunización ó refuerzo contra el tétano: _____

Alergias (comida, medicamentos, insectos, etc): _____

Está el niño/a, actualmente, bajo algún medicamento? Sí No Si sí, por favor explique a continuación:

Nombre: _____ Dosis: _____ Motivo para el medicamento: _____

Nombre del médico que prescribe: _____ Teléfono: _____

Por favor, anote cualquier herida, cirugía reciente, enfermedad prolongada, medicamento actual, lentes correctivos, problemas especiales de salud u otros asuntos que requieran especial atención, que podrían ayudar al personal de emergencia a proporcionar el cuidado apropiado para su niño/a:

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO:

Nombre de la compañía del seguro médico: _____

Número de identificación o del grupo: _____

Yo, autorizo a la Parroquia/Escuela y a sus representantes a usar su juicio para determinar el cuidado y procedimiento médico para mi niño/a. Entiendo y estoy de acuerdo también, que la Parroquia/Escuela no assume ninguna responsabilidad financier por los gastos incurridos por el servicio y transporte de emergencia.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____