

Escuelas Públicas de Brockton
Formulario de emergencia confidencial para los estudiantes

Fecha _____ Grado _____ Salón _____
 Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Primer nombre Inicial Lugar de nacimiento _____
 Dirección _____ Brockton, MA 0230 _____ # Teléfono de casa _____
 # Teléfono celular _____

En las escuelas suelen suceder emergencias tales como enfermedades o accidentes. En caso de una emergencia su hijo/a será transportado al hospital local más cercano.

Por favor complete la siguiente información:

Nombre /padre 1/guardián 1 Dirección Ciudad Zona postal Relación al estudiante
 Nombre /madre 2/guardián 2 Dirección Ciudad Zona postal Relación al estudiante

El niño/a vive con: Ambos Padres Padre 1 Madre 2 Encargado
 Ocupación del padre 1 _____ Lugar de empleo _____
 Dirección _____ Ciudad _____ # teléfono de trabajo _____
 Ocupación de la madre 2 _____ Lugar de empleo _____
 Dirección _____ Ciudad _____ # teléfono de trabajo _____

Por favor, haga arreglos para que otras **dos personas** adultas responsables puedan hacerse cargo de su hijo/a en caso que usted no pueda ser localizado.

Nombre _____ Dirección _____
 Ciudad _____ # de tel. _____
 Nombre _____ Dirección _____
 Ciudad _____ # de tel. _____

Por favor indique si hay alguna restricción en la familia (por ej. orden de restricción actual)

Por favor indique si su hijo/a ha tenido Varicela Sarampión alemán Tuberculosis
 Por favor indique si hijo/a usa Audífonos Espejuelos Dentaduras o dentaduras parciales
 Indique cualquier **medicamento**, o alguna otra condición de salud crónica tal como: Problemas de oído, de la vista, enfermedad del corazón, diabetes, asma, alergias*, epilepsia, etc. _____
 Explicación: _____

***Indique todas las alergias** (sea específico)

Nombre del doctor: _____ Dirección _____ # de tel. _____
 Nombre del dentista: _____ Dirección _____ # de tel. _____
 Seguro médico: _____ Número de póliza: _____ Número de grupo _____
 ¿Ha tenido su hijo/a un examen físico en los dos últimos años? Si No Fecha _____ Última visita dental/Fecha _____

Yo autorizo a la enfermera de la escuela para que comparta información médica con el personal escolar apropiado y para contactar al médico de mi hijo/a si es necesario.

Firma del Padre/Encargado _____ Fecha _____

Por favor indique los nombres de otros niños viviendo en el hogar

| Nombre | Fecha de nacimiento | Escuela |
|--------|---------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Si usted no tiene seguro médico, el estado de Massachusetts tiene un plan de seguro que provee cuidado médico asequible a los niños que no tienen seguro (pueden haber algunas restricciones). Si usted está interesado en este programa, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela tiene orden permanente del doctor escolar para administrar Tylenol para el dolor, fiebre, Epipen para la anafilaxia desconocida, Benadryl por boca para aliviar la picazón, crema de hidrocortisona para las erupciones cutáneas, pomada antibiótica para abrasiones menores y Albuterol para nebulización de asmáticos. Doy mi consentimiento a la enfermera de la escuela para administrar los medicamentos mencionados arriba según ordenado por el doctor escolar.

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Copias: Oficina principal (original) enfermera de la escuela (amarillo) y maestro de salón hogar (rosado)

Efectivo 6/30/2015