

Columbia Boro School Dist

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

School _____	Track _____
Grade _____	Room _____
Teacher/Counselor _____	
Bus# _____	Bus Stop _____

Spanish	
Student Emergency Information Card	

Page 1 of 2

NOMBRE: _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Sexo: Femenino Masculino

Apellido legal (si es diferente) _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono casa _____
 Dirección _____ Apto _____ Ciudad _____ Código postal _____

Anote a continuación el o los padres o apoderado con los que vive el niño:

Nombre: _____ Parentesco _____ Empleado: _____ Teléfono hogar: _____
 con el niño: _____ Empleado: _____ Teléfono oficina: _____

Nombre: _____ Parentesco _____ Empleado: _____ Teléfono hogar: _____
 con el niño: _____ Empleado: _____ Teléfono oficina: _____

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia física? Los padres deben notificar inmediatamente al distrito si hubiese un cambio.

Conjunta Madre Padre Apoderado _____ Teléfono _____

Si en caso de enfermedad, emergencia o accidente no se pueda ubicar a los padres/apoderado, los siguientes adultos están autorizados para actuar en nombre de los padres/apoderado. (Por favor anote dos nombres de vecinos, amigos, parientes o niñera de su localidad.)

1. _____ Teléfono _____ Parentesco _____
 2. _____ Teléfono _____ Parentesco _____

Nombre del médico _____ Cobertura médica por _____ No. de Id. _____
 Dirección _____ Número telefónico del médico _____ Hospital preferido _____

PADRES DEBE MARCAR UNA OPCIÓN

1. En caso de emergencia, cuando no se pueda ubicar a uno de los padres o al apoderado, autorizo que el personal escolar efectúe a su criterio las gestiones necesarias para que mi hijo reciba atención médica/hospitalaria incluyendo el transporte pertinente. Autorizo que el médico antedicho proporcione la atención y el tratamiento que considere necesarios. En caso de que no se pueda ubicar a dicho médico, autorizo que la atención y tratamiento sean realizados por un médico o cirujano licenciado. Me comprometo a pagar todos los costos relacionados con la atención médica de mi hijo.

2. No acepto la declaración anterior y deseo que se realice lo siguiente en caso de emergencia: _____

Comprendo que el Distrito Escolar _____ no proporciona seguro médico por las lesiones de los alumnos, pero que sí ofrece un seguro estudiantil voluntario. He recibido la información sobre este programa.

X _____ Fecha _____ X _____ Fecha _____
 Firma del padre/madre/apoderado _____ Firma del padre/madre/apoderado _____