



Sección III: Información del Contacto de Emergencia **Año Escolar 2018-2019**

Nombre del Estudiante: _____

Grado del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Madre/Guardián: _____ Tel de Emergencia: _____

Nombre Padre/Guardián: _____ Tel de Emergencia: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA EN CASO QUE PADRES/GUARDIANES NO PUEDAN SER CONTACTADOS:

1. Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono 1: _____ Numero de Telefono2: _____

2. Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono 1: _____ Numero de Teléfono 2: _____

3. Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono 1: _____ Numero de Teléfono: _____

INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE

Liste el nombre de cada hijo y sus alergias médicas y/o historia médica significativa, escriba N/A si no es aplicable. En dado caso que el abajo firmante, o mi/nuestro doctor autorizado no pueda ser contactado y en el juicio del director de la escuela y/o su personal autorizado, y exista una necesidad inmediata de examinación y/o tratamiento de mi/nuestro hijo, yo/nosotros por este medio solicitamos y autorizamos cualquiera del personal antedicho que obtenga para mi/nuestro hijo los medios médicos que sean considerados necesarios. Yo/Nosotros aceptamos asumir las responsabilidades financieras por cualquier diagnóstico/tratamiento y/o medicamento considerado necesario.

Autorización Médica:

Proveedor de Seguro Médico: _____ Numero de Póliza: _____

ESCRIBA NOMBRE PARENT/GUARDIAN FIRMA FECHA

ESCRIBA NOMBRE PADRE/GUARDIAN FIRMA FECHA