

Formulario de Verificación de la Información de Emergencia

Por favor firme donde se indique. También, por favor rellene los datos que hagan falta y haga las correcciones necesarias.

Escuela:		Grado:	Aula (Homeroom):
Nombre del (de la) Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Dirección de la Residencia Legal:		Dirección Postal si es diferente a la anterior:	
		Órdenes judiciales/Restricciones Legales:	
Por favor incluya el nombre de la empresa con los números del trabajo, por si su empresa cambia los números de teléfono todavía podremos localizarlo. Los números de emergencia sólo se utilizarán en caso de que no podamos comunicarnos en los otros números de la lista. El número principal o de la casa también se utilizará para las llamadas automáticas de asistencia.			
Tutor 1:	# Primario:	E-Mail:	
Casa: Cel. de la casa:	Trabajo:	Cel. del trabajo:	
Tutor 2:	# Primario:	E-Mail:	
Casa: Cel. de la casa:	Trabajo:	Cel. del trabajo:	
Emergencia 1:	# Primario:	E-Mail:	
Casa: Cel. de la casa:	Trabajo:	Cel. del trabajo:	
Emergencia 2:	# Primario:	E-Mail:	
Casa: Cel. de la casa:	Trabajo:	Cel. del trabajo:	
Emergencia 3:	# Primario:	E-Mail:	
Casa: Cel. de la casa:	Trabajo:	Cel. del trabajo:	

Información del proveedor médico (para tratar en casos de emergencia cuando no podamos comunicarnos con usted):		
Contacto	Nombre	Número de teléfono
Hospital		
Doctor		
Dentista		
¿Su hijo(a) tiene cobertura de seguro de salud?	Información Médica: Alertas/Alergias:	
Si tiene, ¿Cuál es el nombre de la compañía de seguros?	Recibe medicación diaria durante las horas de escuela (S/N): Usa gafas y/o lentes de contacto (S/N):	

NJ FamilyCare ofrece seguro médico gratuito o a bajo costo a niños y algunos padres de escasos recursos. Para mayor información llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para aplicar en línea. Usted puede dar mi nombre y dirección a NJFamilyCare para que se comuniquen conmigo sobre el seguro médico.

Firma	Nombre en Letra de Molde	Fecha
Yo, el firmante abajo, por la presente, autorizo a los oficiales de las Escuelas Públicas de Nueva Jersey que contacten directamente a la(s) persona(s) nombrada(s) en esta tarjeta y autorizo a los médicos nombrados a que sigan el tratamiento que consideren necesario en caso de emergencia, para la salud de dicho niño(a). En caso de que los médicos, otras personas nombradas en esta tarjeta, o los padres/tutores no puedan ser contactados, los oficiales de la escuela quedan autorizados para tomar las medidas que consideren necesarias a su juicio, para la salud del niño(a) antes mencionado. Yo no haré responsable financieramente al distrito escolar por la atención de emergencia y/o transporte de dicho niño(a).		
Firma	Nombre en Letra de Molde	Fecha
Para Uso de La Escuela Solamente: ID del(la) Estudiante:	Fecha de Entrega:	
Fecha Actualizada en la Base de Datos:	Iniciales:	