

ESCUELA SECUNDARIA DE OMRO
HOJA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA –EL AÑO ESCOLAR DE 2006-2007

Nombre completa del estudiante _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Clase Étnica:
Masculino _____ Fememnino _____ __ Blanco, no Hispánico/ Latino __ Negro
Seguro Social _____ __ Indio Americano __ Asiático
Grado _____ __ Hispánico/ Latino

El/ la estudiante vive con (marque todos que pertenecen):				
<input type="checkbox"/> madrastra	<input type="checkbox"/> abuela	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> padre	
<input type="checkbox"/> padrastra	<input type="checkbox"/> abuelo	<input type="checkbox"/> hermana	<input type="checkbox"/> tía	<input type="checkbox"/> tío
		hermano	otro:	

El/ la estudiante vive con Nombre: _____ Ciudad/ municipio _____
Dirección: _____ ciudad de Omro _____
Ciudad/ estado/ código postal _____ municipio de _____
Número de teléfono de la casa _____ (town) _____
Teléfono Celular _____

Nombre de la madre _____ Correo electrónico _____
Dirección _____ Teléfono de la casa _____
Ciudad/ estado/ código postal _____ Teléfono Celular _____
Lugar de empleo de la madre _____
Teléfono del trabajo _____ Ext. _____

Nombre del padre _____ Correo electrónico _____
Dirección _____ Teléfono de la casa _____
Ciudad/ estado/ código postal _____ Teléfono Celular _____
Lugar de empleo del padre _____
Teléfono del trabajo _____ Ext. _____

Contactos de emergencia- Si los padres no pueden ser encontrados, favor de llamar los siguientes números en caso de una enfermedad, lesión, o otras emergencias. (Favor de notificar a las siguientes personas que sus nombres aparecen en la lista.)

- 1) _____ Relación al / la estudiante _____ Teléfono _____
- 2) _____ Relación al / la estudiante _____ Teléfono _____
- 3) _____ Relación al / la estudiante _____ Teléfono _____

Alerta médica: El personal de la escuela debe saber de personas con desventajas físicas o condiciones no usuales como: (alergias, asma, epilepsia, restrcciones de actividades, u otras condiciones)

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

¿Algún equipo de IEP ha encontrado que el/ la estudiante tiene una incapacidad? _____ Sí _____ No
Si sí, ¿Tiene el/ la estudiante un programa de educación individualizado? _____ Sí _____ No

¿El/ la estudiante ha sido expulsado o recomendado para expulsión de una escuela? _____ Sí _____ No

Los padres deben de notificar a la escuela de cualquier cambio acerca de la información anterior. Si un tratamiento de emergencia es requerido y los padres no pueden ser encontrados inmediatamente, pueden las autoridades de la escuela usar su propio juicio o decisión para llamar al doctor o al personal de emergencia?
Sí _____ No _____ Si dice que “no” ¿qué plan debe ser seguido en caso de una emergencia?

La siguiente autorización debe ser usada en el evento de una emergencia cuando los padres no pueden ser encontrados.
(Hospitales y doctores no pueden dar cuidado de emergencia sin el consentimiento escrito del padre o guardián en el evento de que los padres no estén presentes.) Por favor tenga testigos al firmar la forma.

Yo autorizo el tratamiento, administración de anesthesia, y tratamiento de circujía para mi hijo (a) _____ en el evento de una situación médica que ocurra en mi ausencia o cuando el hospital o los doctores no me puedan encontrar. Esta autorización se extiende a cualquier hospital y a los doctores y enfermeras en el hospital y también cualquier doctor donde el tratamiento es requerido en la oficina del mismo. Yo libero de responsabilidad médica y de obligación al hospital. Las autoridades médicas, los doctores al performar procedimientos médicos actuando en la autoridad de la forma de consentimiento por lo cual sea necesario para mi hijo (a).

Firmas de los padres o guardiánes (los dos son necesarios)

Fecha

Testigo (Firma de otro adulto)

Fecha

Otra información del hogar: Favor de escribir todos que viven en la casa que tiene 21 años o menos:

Apellido, nombre segundo, nombre

masculino/femenino

Fecha de nacimiento

