

Formulario de Emergencia

INSTRUCCIONES A LOS PADRES:

(1) Complete todos los artículos de este lado del formulario. Firma y fecha donde se indique.

(2) Si su hijo tiene una condición médica que podría requerir atención médica de emergencia, complete la parte posterior del formulario. Si es necesario,

haga que el profesional de la salud de su hijo revise esa información.

NOTA: ESTE FORMULARIO TOTAL DEBE SER ACTUALIZADO ANUALMENTE.

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Inscripción _____ Horas y Días de Asistencia Esperada _____

Dirección de Casa del Niño _____
Calle/# de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Padre/Guardián	Relación	Número de Teléfono		
		Lugar de Empleo	Cell:	Casa:
		_____ T: _____		
		_____ T: _____		

Nombre de la Persona Autorizada a recoger su hijo (*diario*) _____
Apellido Primer Nombre Relación al Niño

Dirección de Casa del Niño _____
Calle/# de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Algún Cambio/Información Adicional _____

Actualizaciones Anuales

Inicial/Fecha *Inicial/Fecha*
Inicial/Fecha *Inicial/Fecha*

Cuando no se pueda localizar a los padres / tutores, liste al menos a una persona que puede ser contactada para recoger al niño en una emergencia:

1. Nombre _____ Número (Cell) _____ (Trabajo)
_____ Apellido Primer Nombre

Dirección de Casa del Niño _____
Calle/# de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

2. Nombre _____ Número (Cell) _____ (Trabajo)
_____ Apellido Primer Nombre

Dirección de Casa del Niño _____
Calle/# de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

3. Nombre _____ Número (Cell) _____ (Trabajo)
_____ Apellido Primer Nombre

Dirección de Casa del Niño _____
Calle/# de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Numero _____

Medico O Fuente de Atención Medica del Niño _____

Dirección de Casa del Niño _____
Calle/# de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

En EMERGENCIAS que requieren atención médica inmediata, su hijo / a será llevado a la SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MÁS CERCANO. Su firma autoriza a la persona responsable en el centro de cuidado infantil a que le transporten a ese hospital.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE / GUARDIAN:

(1) Complete lo siguiente, según sea apropiado, si su hijo (a) tiene alguna condición que pueda requerir atención médica de emergencia.

(2) Si es necesario, haga que el profesional de la salud de su hijo revise la información que proporciona a continuación y firme y date donde se indique.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Condiciones médicas): _____

Medicamentos que está tomando actualmente su hijo: _____

Fecha del último disparo de tétanos de su hijo: _____

Alergias / Reacciones: _____

INSTRUCCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA:

(1) Signos / síntomas a buscar: _____

(2) Si aparecen signos / síntomas, haga esto: _____

(3) Para prevenir incidentes: _____

Otros procedimientos médicos especiales que pueden ser necesarios: _____

COMENTARIOS:

Nota para el médico de salud:

Si ha revisado la información anterior, complete lo siguiente:

Nombre del profesional de la salud

Fecha

Firma del médico de salud

Número de teléfono

