

CONSENTIMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DEL PADRE/TUTOR

Este formulario permite a los padres/tutores autorizar la provisión de tratamiento de emergencia para el estudiante mencionado a continuación que se enferma o lesiona mientras está bajo la autoridad del programa cuando no se puede contactar a los padres/tutores.

En el caso de que los intentos razonables de contacto no hayan tenido éxito, doy mi consentimiento para la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por parte del médico o dentista que se indica a continuación, o si no está disponible, otro médico o dentista con licencia.

Acepto pagar todos los costos y tarifas garantizados o autorizados en virtud de este consentimiento.

Nombre del Estudiante:	Fecha De Nacimiento:
Padre(s)/tutor(es) con quien reside el estudiante	
1. Nombre:	Relación hacia el estudiante:
Dirección:	Correo Electrónico:
Número de Cel.:	Número de Trabajo:
2. Nombre:	Relación hacia el niño:
Dirección:	Correo Electrónico:
Número de Cel.:	Número de Trabajo:
PERSONA(S) DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
1. Nombre:	Relación hacia el estudiante:
Número de Cel.:	Número de Trabajo:
2. Nombre:	Relación hacia el estudiante:
Número de Cel.:	Número de Trabajo:
3. Nombre:	Relación hacia el estudiante:
Número de Cel.:	Número de Trabajo:
Persona (s) autorizada (s) a recoger el estudiante	
1. Nombre:	Número de Cel.:
2. Nombre:	Número de Cel.:
3. Nombre:	Número de Cel.:

¿Existe alguna orden de custodia o restricción para las personas que puedan intentar recoger o tener contacto con el estudiante mientras está en la escuela?

Nombre:

Nombre:

Nombre del Doctor:	Nombre del Dentista:
Número de Tel:	Número de Tel:
Dirección:	Dirección:
Preferencia del Hospital:	
Alergias conocidas:	
Medicación actual:	Fecha de la última vacuna contra el tétanos:
Nombre de la aseguranza:	Identificación de la póliza:

Este consentimiento entrará en vigor a partir del (fecha) _____ y actualizarse anualmente por el(los) parente(s)/tutor(es) .

_____ fecha _____ fecha

Firma del parente/tutor

Firma del parente/tutor

información adicional

Hombre _____ Mujer _____

Ingreso de grado:

3YO PreK _____ 4 YO PreK _____ K _____ 1er _____ 2do _____ 3ro _____ 4to _____ 5to _____

¿Es el estudiante hispano o latino? Si _____ No _____

Raza: Blanco _____ Negro/Afroamericano _____ Asiático _____
Indio americano o nativo de Alaska _____ Nativo hawaiano / isleño del pacífico / otro _____

Católico: Si _____ No _____

Miembro de la Parroquia de St. James: Si _____ No _____

La rutina del estudiante en la mayoría de los días escolares será:

Viajará en el autobús amarillo _____

Viajará en el minibús _____ será recogido _____ Caminar/ir en bicicleta _____

Otra forma _____

LLAME a la escuela para hablar con la Sra. Adam, la secretaria de la escuela al 319-653-3631, si los planes normales cambian en un día determinado. Necesitamos saber que tenemos su

permiso para cambiar los planes después de la escuela y que los nuevos planes se pueden comunicar con los maestros. Gracias por ayudar a mantener seguros a su estudiante.