

## Buena Vista Child Care, Inc. Tarjeta de Información Para Casos de Emergencia 2023-2024

Apellido del Estudiante		Primer Nombre		Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento		Grado Otoño 2023	
Grado en el otoño 2023:				Escuela:				Para uso de la oficina: \$ _____ mensual/por hora	
Nombre del hermano/a y grado:						Idioma Hablado en Casa			
Nombre del Padre/Encargado					Nombre del Padre/Encargado				
Domicilio:					Domicilio:				
Ciudad, Estado, Código Postal					Ciudad, Estado, Código Postal				
Teléfono del domicilio:		Teléfono del trabajo:			Teléfono del domicilio:		Teléfono del trabajo:		
Teléfono celular:		Cual # debemos llamar primero: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> casa			Teléfono celular:		Cual # debemos llamar primero: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> casa		
Correo electrónico para Noticias (EN MOLDE)					Correo electrónico para Noticias (EN MOLDE)				
EL ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> La madre <input type="checkbox"/> El padre <input type="checkbox"/> Tutor/Encargado <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____									
<b><u>PERSONAS A QUIENES SE LES DEBE DE AVISAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA</u></b> , en caso de que el estudiante, cuyo nombre anote en la sección superior de esta carta, se enferme o lesione en la escuela y no me puedan avisar, las autoridades escolares tienen mi permiso para llamar y permite que mi hijo abandone las instalaciones de la escuela acompañado por cualquiera de las personas siguientes:									
Nombre		Parentesco			Teléfono de Casa		Celular		
<b>PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER:</b> Su(s) hijo(s) solo serán entregados a las personas en esta lista.									
<input type="checkbox"/> Sí, hay una orden de restricción. Por favor mande una copia a la oficina de BVCC.									
Mi hijo/a tiene seguro de salud: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no    En caso afirmativo, escriba el nombre del Seguro: _____ No póliza/miembro: _____									
Médico del estudiante: _____					Teléfono: _____				
Si mi hijo necesita ser llevado a una instalación de emergencia, él / ella será llevado a la más cercana. Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares tomen las medidas apropiadas para la seguridad y el bienestar de mi hijo.								<input type="checkbox"/> no doy mi consentimiento	
<input type="checkbox"/> <b>NO TIENE CONDICIONES MEDICAS</b> <input type="checkbox"/> <b>Mi hijo ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones médicas:</b>									
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> ¿Diabetes Requiere insulina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Alergias/Alérgico a: _____ Fecha de la última reacción alérgica: _____									
¿Está su hijo tomado medicamento(s)? <input type="checkbox"/> sí (por favor escriba el medicamento y el horario cuando debe tomarlos) <input type="checkbox"/> No									
Medicamento: _____									

**POR FAVOR PIDA AL MÉDICO DE SU HIJO/A QUE COMPLETE EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS PARA QUE LA ESCUELA PUEDE TENER PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR.**

Firma de padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_