

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) _____				
<p>PERSONAS A QUIENES SE LES DEBE DE AVISAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA, 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:</p>				
Nombre	Parentesco	Teléfono de Casa	Celular	
PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER: 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"/> NO TIENE CONDICIONES MEDICAS <input type="checkbox"/> Mi hijo ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones médicas: <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: _____