

# INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Distrito Escolar del Valle de Boulder RE-2

Ciclo escolar: \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Marque la casilla si algo de esta información es **NUEVO**

		Tel. del hogar	Tel. del trabajo	Tel. celular
Padre / Tutor legal 1	Dirección del Padre / Tutor legal 1 (calle/ciudad/zona postal)			
	Dirección electrónica (Email)			
Padre / Tutor legal 2	Dirección del Padre / Tutor legal 2 (calle/ciudad/zona postal)			
	Dirección electrónica (Email)			
Contacto de emergencia 1	Parentesco con el estudiante:			
Contacto de emergencia 2	Parentesco con el estudiante:			
Contacto de emergencia 3	Parentesco con el estudiante:			
Contacto de emergencia 4	Parentesco con el estudiante:			

**Los contactos de emergencia son aquellas personas a quienes se puede entregar el estudiante en caso de enfermedad o lesiones cuando no se puede localizar a los padres.**

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Medicaid / Renuncia / Co. de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_  
 Hospital preferido: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD:** Escriba cualquier condición significativa o permanente (por ejemplo: alergias severas / EpiPen, asma, ADD/ADHD (síndrome de deficiencia de atención), defecto de nacimiento, diabetes, epilepsia, enfermedades del corazón, problema del oído o de la vista) o cualquier condición relevante a la escuela o a los deportes.  
 Explique: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS que necesita de manera regular: En la escuela: \_\_\_\_\_  
 En el hogar: \_\_\_\_\_  
 Alergias a alimentos, medicamentos, picaduras de abeja (especifique): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:** Se espera que los padres transporten a sus hijos de la escuela al hogar o de la escuela a la oficina del doctor, excepto en casos de extrema emergencia. En el caso de un accidente o enfermedad aguda, el personal de la escuela tratará de notificar a los padres primero. Si ni los padres ni los contactos de emergencia pueden ser localizados, los oficiales de la escuela están autorizados a tomar cualquier acción, incluyendo el uso de una ambulancia, si se considera necesario, a su juicio para la salud y seguridad del estudiante antes mencionado.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Yo, el suscrito, autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar del Valle de Boulder de contactar directamente a las personas nombradas en esta tarjeta y autorizo al médico o dentista de proporcionar el tratamiento que se considere necesario en caso de emergencia para la salud de dicho estudiante. En el caso de que el doctor o dentista mencionados no estén disponibles en el momento de emergencia del estudiante, por la presente autorizo al doctor o dentista a quien el estudiante sea referido posteriormente a prestar tal tratamiento que pueda ser necesario para la salud del estudiante mencionado.

No voy a responsabilizar financiera o legalmente responsable al Distrito Escolar del Valle de Boulder por la atención de emergencia y / o transporte del estudiante mencionado.  
 Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo verifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera en la medida de mis conocimientos.

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_