

Tarjeta de Emergencia

Llene toda la información en ambos lados			CONFIDENCIAL			Favor de Imprimir		
Apellido del Estudiante (Legal)	Primer Nombre	Seg. Nombre	Fecha de Nacimiento _____			Uso de la Oficina solamente Profesor/Consejero. _____ Grado _____ Aula _____ Autobús _____ CONCAP () Escuela en el Hogar () SP, Ed. () RSP () Eth. Cd ()		
Dirección	# de Apt.	Código Postal	Idioma hablado en el hogar _____					
Casa #1	Casa #2		Última escuela asistida _____ Ciudad _____					
			Año Escolar _____ Escuela _____					
Nombre de Pariente/Guardián #1			Nombre y Dirección de Empleo de Pariente/Guardián #1			Nombre y Dirección de Empleo de Pariente/Guardián #2		
Dirección _____			Teléfono del Trabajo _____			Teléfono del Trabajo _____		
Relación _____ # de Licencia de Conducir _____			Numero de Celular _____			Numero de Celular _____		
			Correo Electrónico _____			Correo Electrónico _____		
Nombre de Pariente/Guardián #2			Proveedor de cuidado infantil: _____					
Dirección _____			Teléfono #1 _____			Teléfono #2 _____		
Relación _____ # de Licencia de Conducir _____			Liste los nombres de otros niños que asisten a esta escuela:					
			La escuela está autorizada para compartir mi número de teléfono con el PTA (Asociación de Parientes y Profesores): Sí _____ No _____			Marque aquí si el estudiante tendrá que viajar en el autobús: Sí _____ # de Autobús _____		
Pariente/Guardián con quien vive el niño: _____ Telefono _____								
¿Si los padres están divorciados o separados, a quien se le ha dado la custodia física? (Adjuntar verificación) _____								

POR FAVOR LEA: El padre/guardián es responsable de mantener a la escuela informada de actualizaciones o cambios a la información de emergencia del estudiante. La escuela debe ser notificada por escrito de los cambios de dirección o teléfono dentro de tres días (3) de la ocurrencia. Si la escuela no puede comunicarse con ninguna persona en esta tarjeta en caso de emergencia o si el estudiante ha sido desatendido durante horas no-escolares, la escuela se comunicará con la policía o servicios de protección infantil.

He leído esto y entiendo mi responsabilidad. _____ Firma de Pariente/Guardián _____

Nota: Los adultos que se enumeran a continuación están autorizados para recoger y cuidar el estudiante nombrado arriba. El estudiante puede ser entregado a otros con una autorización escrita o verbal.

Nombre 1 _____ Teléfono: _____ Relación _____	Nombre 2 _____ Teléfono: _____ Relación _____	Nombre 3 _____ Teléfono: _____ Relación _____
Nombre 4 _____ Teléfono: _____ Relación _____	Nombre 5 _____ Teléfono: _____ Relación _____	Nombre 6 _____ Teléfono: _____ Relación _____



Instrucciones especiales / comentarios / (incluye instrucciones para recoger a los estudiantes): _____

Información General de Salud

MARQUE AQUI SI NO HAY PROBLEMAS DE SALUD

¿El estudiante usa anteojos o lentes de contacto? Sí No

¿El estudiante usa audífonos o ha sido diagnosticado con pérdida auditiva? Sí No

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE SE APLIQUEN AL NIÑO:

ADD/ADHD Frecuentes Infecciones de Oído Frecuentes Dolores de Cabeza Frecuentes Hemorragias Nasales Asma Eczema Problemas del Corazón
Diabetes Tipo I Tipo II Desmayos Alergia Estacional Alergia Severa Convulsiones Epi-pen

Otro: _____

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS TOMADOS POR EL NINO, INCLUYENDO LAS DOSIS

EN EL HOGAR _____ EN LA ESCULA _____

¿Tiene el estudiante condición que limite la participación en? El Aula Educación Física

Explique: _____

(NOTA: El examen físico debe proveer una nota explicando la limitación y la razón de la limitación que el estudiante tiene a la participación de Educación Física y la nota debe ser actualizada cada año.)

COMENTARIOS/INSTRUCCIONES ESPECIALES: Liste cualquier necesidades especial de salud o problemas médicos, incluyendo reacciones alérgicas (comida, picadura de abeja, etc.), si el estudiante tiene un plan de atención de emergencia activo, plan médico 504, plan de manejo médico diabético, etc. _____

AUTORIZACION DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, cuando un pariente/guardián no está disponible, yo autorizo al personal de la escuela para hacer este tipo de acuerdos para mi hijo /a para que reciba atención médica en el hospital, incluyendo el transporte necesario, según su criterio. Además autorizo al médico nombrado a continuación llevar a cabo tal cuidado de mi hijo/a, como considere necesario. En caso de que dicho médico no está disponible, autorizo a dicha atención y tratamiento a realizarse por un médico con licencia o un cirujano. Tengo entendido que el padre/guardián es responsable por el costo de la atención de emergencia

Nombre de Medico: _____ Teléfono: _____ Pager: _____

Teléfono de Centro de Emergencia: _____

¿Tiene el estudiante seguro médico? _____ Sí _____ No

¿Tiene el estudiante seguro dental? _____ Sí _____ No

Nombre de Cobertura de Seguro o Proveedor de Atención Medica: _____ Número de Expediente Médico del Estudiante: _____

Si no, yo doy permiso a la A.C.E. Academy para compartir esta información para ayudar a aplicar para el seguro médico para mi hijo/a _____ Sí _____ No

Certifico que esta información es verdadera y correcta.

Firma del Pariente/Guardián _____ Fecha _____

Mailing Address:

4365 Schoolhouse Commons
Suite 500 #157
Harrisburg, NC 28075
Phone: 888-244-6511, Ext. 101

7807 Caldwell Road
Harrisburg, NC 28075
Phone: 704-207-0232
Fax: 704-626-2655