

INFORMACIÓN DE SALUD O EN CASO DE EMERGENCIA

Alumno _____ Grado ___/___ Sexo _____ Fecha de Nac. _____

Maestro _____ Num. de salon _____ Tel. al alumno _____

Dirección del alumno _____ # de Dept/lote/PO _____

Lugar de nacimiento (*cuidad, estado, condado, país*) _____

Información de la persona custodial del niño (padre, madre o tutor)

Padre Num. 1 _____ Rel. al alumno _____

Tel. de trabajo _____ Tel. de celular _____ Correo elec _____

Madre Num. _____ Rel. al alumno _____

Tel. de trabajo _____ Tel. de celular _____ Correo elec _____

Información de padre/madre secundaria (que no tiene custodia actualmente)

Nombre de el padre que vive en otra dirección _____ Rel. al alumno _____

Dirección del alumno _____ # de Dept/lote/PO _____

_____ Rel. al alumno _____

Tel. de trabajo _____ Tel. de celular _____ Correo elec _____

Nombre de la madre que vive en otra dirección _____ Rel. al alumno _____

Tel. de trabajo _____ Tel. de celular _____ Correo elec _____

Tel. en caso de emergencia (que no sea de los padres, números locales por favor)

Emergency Contact	Relationship	Primary Phone	Second Phone
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA EXTREMA, DOY MI PERMISO QUE LLAMEN A LA AMBULANCIA Y/O MEDICO DEL ALUMNO, TAMBIEN SERAN NOTIFICADOS LOS PADRES.

Nom. del medico _____ Telefono _____

Nom. del hospital _____ Telefono _____

Condiciones de salud _____

Comentarios _____