

E s c u e l a B o w s e r

2 0 1 5 - 1 6

F o r m u l a r i o d e E s t u d i a n t e s d e E m e r g e n c i a

ID#: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) _____

Domicilio _____ Grado _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Maestro/a _____

Teléfono Casa _____ Celular _____

Para poder servir a su hijo/a en caso de una emergencia accidental o enfermedad es necesario que usted de la siguiente información para llamadas de emergencia:

Madre: _____ Domicilio: _____

Teléfono Casa _____ # Trabajo _____

Padre: _____ Domicilio: _____

Teléfono Casa _____ # Trabajo _____

De dos personas como contacto de emergencia quienes asumen cuidado temporario de su hijo/a en caso que no podremos comunicarnos con usted.

Nombre: _____ Nombre: _____

Teléfono-Casa _____ Teléfono-Casa; _____

Trabajo _____ # Trabajo _____

Nombre de otros hijos inscritos en las escuelas públicas de East Orange:

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

¿Tiene su hijo/a seguro de salud incluyendo a NJ Family Care/Medicaid, Medicare, seguro privado o otro?

___ Si nombre de la compañía del seguro. _____

___ No NJ Family Care ofrece seguro de salud gratis o con bajo costo para niños quien no tienen seguro médico y algunos padres de bajo ingresos. Para más información llame al 1-800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para aplicar en la red. Les dio permiso a la escuela para darle mi nombre y domicilio a NJ Family Care para que ellos me contacten con más información.

Firma: _____

Nombre en letras de imprenta: _____ Fecha: _____

Información Médica: (Haga una lista de alergias, medicinas, o condiciones médicos)

Nombre del doctor: _____ Teléfono _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono _____

Nombre del hospital: _____ Teléfono _____

Yo el signatario, autorizo a los oficiales de las escuelas pública de New Jersey para contacten directamente a las personas nombradas en este formulario y si autorizo que los médicos den los tratamientos necesarios en una emergencia por la salud y buen estar de mi hijo/a.

En el caso de que no se pueda contactar a los médicos, otras personas o los padres nombrados en este formulario, los oficiales de la escuela están autorizados tomar cualquier acción que ellos piensen necesaria para la salud y bien estar de mi hijo/a.

Yo entiendo y acepto que no responsabilizo al distrito escolar por los gastos del cuidado de emergencia y/o la transportación del dicho niño/a.

Firma: _____

Nombre en letras de imprenta: _____ Fecha _____

Mi hijo/a tiene permiso para caminar a casa solo todos los días.

Mi hijo/a toma el bus escolar.

Escuela donde toma el bus por las mañanas: _____

Mi hijo/a será buscado diariamente por: _____

Firma de padres/guardián

Fecha