

Apellido. Nombre. Segundo Nombre (del estudiante)

### Información de Contacto

Maestro \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### En Caso de Emergencia

M  F

Distrito Escolar Independiente 196  
Escuela Públicas de Rosemount - Apple Valley – Eagan

Escuela \_\_\_\_\_

Series Number 506.2.1.3P Adopted december 1987 Revised June 2012 Title Emergency Information – Early Childhood

Número de Teléfono \_\_\_\_\_  Privado Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Mi niño habla: \_\_\_\_\_

¿El padre/o tutor prefiere tener los servicios de un intérprete? Si \_\_\_ No

¿En qué idioma prefiere el padre/o tutor tener los servicios de un intérprete? \_\_\_\_\_

### Información del padre/tutor

M = Madre.	G = Tutor
P = Padre.	GP = Abuelo
S = Padrastro.	O=Otro
PA = Padre Adoptivo	

1. (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Proveedor del servicio celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

2. (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Proveedor del servicio celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Cuidado de los niños

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Usará el Autobús Escolar	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> casa
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cuidado

**Información del Cuido (Guardería):** Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Indique dos vecinos o familiares que asumirán el cuidado temporal del niño si usted no puede ser contactado.

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



En caso de accidente o enfermedad grave y no puedo ser contactado, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a dar el tratamiento necesario al

siguiente número de teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre y escuela de los hermanos que asisten actualmente a la escuela.

**Hermanos**

Nombre \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Colegio \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Colegio \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Colegio \_\_\_\_\_

**Alergias severas** (por ejemplo, avispas, nueces, leche, etc.) \_\_\_\_\_ **Describe** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Elegible para Asistencia Medica  No  Sí

**Información médica actual** para ser añadida a nuestros archivos, por ejemplo, vacunas, enfermedades, cirugías \_\_\_\_\_

**Problemas de Salud Crónicos significativos** (diabetes, etc.) **¿el medicamento actual?** \_\_\_\_\_

Para el padre o tutor:

El bienestar de su hijo es nuestra primera consideración. En caso de una lesión o enfermedad grave del estudiante, se tomarán los siguientes pasos de inmediato: se llamará a la enfermera de la escuela; se llamará al 911, si se considera necesario, y se llamará a usted o, a la persona designada de emergencia en esta tarjeta. Si no logramos localizar a ninguna de las personas mencionadas, el personal de la escuela implementará procedimientos de emergencia para proteger la salud y seguridad de su hijo. Es su responsabilidad hacer los arreglos para el cuidado adecuado en caso de que su hijo se lesione o se enferme demasiado como para quedarse en la escuela cuando usted esté lejos de su hogar.

Ha habido casos en los que no hemos podido contactar a los padres o tutores de niños heridos o enfermos porque la información en esta tarjeta estaba incorrecta. Complete esta tarjeta para que podamos mantener nuestros registros actualizados e iniciar la atención de emergencia rápidamente. Esta información es confidencial. Su firma reconoce que esta información se mantendrá tanto en la escuela como en el autobús. Si hay cambios significativos en la salud de su hijo, llame para mantener informada a la enfermera de la escuela de su hijo.

**X** Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PRIVACIDAD DE DATOS**

En virtud con los Estatutos de Minnesota 13.04, Subd. 2, se le informa a usted que la información suministrada en este formulario puede ser utilizada por el personal de la escuela que tenga la necesidad de saber esta información en caso de una emergencia. Esto puede incluir maestros, directores, enfermeras u otro personal escolar. Usted no está legalmente obligado a proporcionar la información solicitada en este formulario, sin embargo, el hecho de no proporcionar la información solicitada puede inhibir los procedimientos de emergencia. En el caso de una emergencia, la información suministrada en este formulario se puede compartir con otras personas públicas y privadas, incluidos, entre otros, el personal policial, los médicos o paramédicos o las personas de contacto de emergencia que figuran en la lista.