HS002 **DISTRITO ESCOLAR DE BRENTWOOD** **Contacto en Emergencia**

Ano Escuela 20_____ 20_____ Grado_____ Salon_____ Maestro/a_____

Nombre_____Fecha de Nacimiento_____ /_____ /_____

Direccion_____ Telefono # Casere _____

Calle, Ciudad, Codigo Postal Beeper _____

Celular _____

Negocio _____

_____

Nombre del Padre/Guardian Nombre de la compania donde trabaja Telefono

_____

Nombre de la Madre/Guardian Nombre de la compania donde trabaja Telefono

_____ _____

Medico para llamar en caso de emergencia Telefono

En caso de que nuestro nino/nina se enferme en la escuela y nosotros no podamos ser localizados, por la presente autorizamos a las siguientes personas para que le provean transportacion y cuiden a nuestro nino/nina:

_____

Nombre Direccion (Calle, Ciudad, Codigo Postal) Telefono

_____

Nombre Direccion (Calle, Ciudad, Codigo Postal) Telefono

_____

Nombre Direccion (Calle, Ciudad, Codigo Postal) Telefono

(Termine por favor ambos lados) Firma de Padre O Guardian _____

de Padre O Guardian

Controle por favor si esto se aplica a su nino:

☐ A los padres o guardianes: Tenga la bondad de completar esta forma en ambos lados y devolverla a la Enfermera Escolar.

Favor de Completar: Historia Medical - Enfermedades, operaciones o heridas ocurridas durante los pasados doce (12) meses:

_____ Fecha: _____

Inmunizaciones o Examenes Medicos Durante los Pasados Doce (12) Meses:

_____Fecha: _____

Nombre de cualquier medicina que su nino/nina tiene que tomar regularmente: _____

_____Razon: _____

Condiciones especiales, enfermedades, o limitaciones de actividad:_____

_____

Nombres de Hermanos y Hermanas

Apellido	Nombre	Edad	Escuela a la que Asisten

Reviso 1/08