

CONTACT EN CASO DE EMERGENCIA / CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

CÓDIGO 55 DE PA CAPÍTULOS 3270.124 (a)(b), 3270.181 & 182; 3280.124 (a)(b), 3280.181 & 182; 3290.124 (a)(b), 3290.181&182

NOMBRE DEL NIÑO (DE LA NIÑA)		GÉNERO ___ M ___ F	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN			
NOMBRE DE LA MADRE/TUTORAL LEGAL		NÚMERO DEL TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN		NÚMERO DEL CELULAR	
NOMBRE DEL EMPLEO		NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	
DIRECCIÓN			
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NÚMERO DEL TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN		NÚMERO DEL CELULAR	
NOMBRE DEL EMPLEO		NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	
DIRECCIÓN			
PERSONA(S) A QUIEN(ES) HAY QUE CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA NÚMERO TELEFÓNICO CUANDO SE CUIDA AL(A LA) NIÑO(A)			
PERSONA(S) A QUIENES SE PUEDE ENTREGAR EL (A LA) NIÑO(A) NOMBRE NÚMERO TELEFÓNICO CUANDO SE CUIDA AL (A LA) NIÑO(A)			
NOMBRE DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE CUIDADOS MÉDICOS CON DIRECCIÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DISCAPACIDADES ESPECIALES (SI LAS HAY)		ALERGIAS (INCLUYENDO LAS REACCIONES A LAS MEDICINAS)	
INFORMACIÓN MÉDICA O DIETÉTICA NECESARIA EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA		MEDICAMENTOS, CONDICIONES ESPECIALES	
INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LAS NECESIDADES ESPECIALES DEL (DE LA) NIÑO(A)			
SEGURO MÉDICO DEL (DE LA) NIÑO(A) O BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA		POLICY NUMBER (REQUIRED)	
SE NECESITA LA FIRMA DEL PADRE PARA CADA ARTÍCULO ABAJO PARA INDICAR SU CONSENTIMIENTO			
OBTENCIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS EN CASO DE EMERGENCIA		ADMIN. DE PROCESOS DE PRIMEROS AUXILIOS MENORES	
CAMINATAS Y VIAJES		NATACIÓN NO SE APLICA	
TRANSPORTE DE PARTE DE LA INSTITUCIÓN		CHAPOTEADERO	

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA: _____

REVISIÓN PERIÓDICA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA: _____