

**Escuelas Públicas de Brockton**  
**Formulario de emergencia confidencial para los estudiantes**

Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Salón \_\_\_\_\_  
 Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Brockton, MA 0230 \_\_\_\_\_ # Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
 # Teléfono celular \_\_\_\_\_

En las escuelas suelen suceder emergencias tales como enfermedades o accidentes. En caso de una emergencia su hijo/a será transportado al hospital local más cercano.

Por favor complete la siguiente información:

Nombre /padre 1/guardián 1 \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_  
 Nombre /madre 2/guardián 2 \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_

El niño/a vive con:  Ambos Padres  Padre 1  Madre 2  Encargado  
 Ocupación del padre 1 \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ # teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
 Ocupación de la madre 2 \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ # teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Por favor, haga arreglos para que otras **dos personas** adultas responsables puedan hacerse cargo de su hijo/a en caso que usted no pueda ser localizado.

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ # de tel. \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ # de tel. \_\_\_\_\_

**Por favor indique si hay alguna restricción en la familia** (por ej. orden de restricción actual)

**Por favor indique si su hijo/a ha tenido**  Varicela  Sarampión alemán  Tuberculosis  
 Por favor indique si hijo/a usa  Audífonos  Espejuelos  Dentaduras o dentaduras parciales  
 Indique cualquier **medicamento**, o alguna otra condición de salud crónica tal como: Problemas de oído, de la vista, enfermedad del corazón, diabetes, asma, alergias\*, epilepsia, etc. \_\_\_\_\_  
 Explicación: \_\_\_\_\_

**\*Indique todas las alergias** (sea específico)

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ # de tel. \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ # de tel. \_\_\_\_\_  
 Seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido su hijo/a un examen físico en los dos últimos años?  Si  No Fecha \_\_\_\_\_ Última visita dental/Fecha \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a la enfermera de la escuela para que comparta información médica con el personal escolar apropiado y para contactar al médico de mi hijo/a si es necesario.**

Firma del Padre/Encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor indique los nombres de otros niños viviendo en el hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

Si usted no tiene seguro médico, el estado de Massachusetts tiene un plan de seguro que provee cuidado médico asequible a los niños que no tienen seguro (pueden haber algunas restricciones). Si usted está interesado en este programa, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela tiene orden permanente del doctor escolar para administrar Tylenol para el dolor, fiebre, Epipen para la anafilaxia desconocida, Benadryl por boca para aliviar la picazón, crema de hidrocortisona para las erupciones cutáneas, pomada antibiótica para abrasiones menores y Albuterol para nebulización de asmáticos. Doy mi consentimiento a la enfermera de la escuela para administrar los medicamentos mencionados arriba según ordenado por el doctor escolar.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Copias:** Oficina principal (original) enfermera de la escuela (amarillo) y maestro de salón hogar (rosado)

Efectivo 6/30/2015