



Comisión de Servicios Educativos del Condado de Union
Formulario de Emergencia/Información para Estudiantes
2023 - 2024 Año escolar

Información para estudiantes

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre de pila	Inicial media	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
Dirección de la calle	Pueblo o ciudad	Código postal	
_____	_____	_____	_____
Teléfono residencial	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico	

Nombre de la madre/tutor legal

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Teléfono residencial	Teléfono celular
_____	_____	_____	_____
Dirección de la calle	Pueblo o ciudad	Código postal	
_____	_____	_____	_____
Empleador	Dirección del empleador	Teléfono del trabajo	

Nombre del padre /tutor legal

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Teléfono residencial	Teléfono celular
_____	_____	_____	_____
Dirección de la calle	Pueblo o ciudad	Código postal	
_____	_____	_____	_____
Empleador	Dirección del empleador	Teléfono del trabajo	

Si no puedo ser contactado, usted tiene mi permiso para contactar a una de las siguientes personas que cuidarán de mi hijo hasta que esté disponible. Por favor, NO utilice los mismos números de teléfono enumerados anteriormente.

1. Nombre _____ Relación _____

Teléfono residencial _____

Teléfono celular _____

2. Nombre _____

Relación _____

Teléfono residencial _____

Teléfono celular _____

3. Nombre _____

Relación _____

Teléfono residencial _____

Teléfono celular _____

Firma del padre/tutor

Fecha

Información Médica

Apellido del estudiante	Nombre	Inicial media	Fecha de nacimiento
Doctor del estudiante _____		Fecha del último examen físico _____	
Dirección _____		Teléfono _____	
En caso de emergencia, ¿podemos comunicarnos con el médico de su hijo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Por favor, enumere las alergias, incluidas las alergias a alimentos y medicamentos:

¿Su hijo está sujeto a convulsiones? Sí No

Por favor, enumere las fechas, lugares y razones para cualquier hospitalización reciente.

¿Su hijo está médicamente excusado de la educación física (gimnasio)? Sí No

Tenga en cuenta: La ley estatal requiere una nota del médico para que un estudiante sea excusado de las clases de educación física.

Por la presente, le doy permiso a la enfermera de la escuela para realizar una evaluación de escoliosis. Sí No

Si NO da permiso, se debe enviar una nota del médico a la enfermera de la escuela con los resultados de la evaluación.

Por favor, haga una lista de los medicamentos que su hijo toma en casa o en la escuela.

Medicación _____	Dosificación _____	Frecuencia _____
Medicación _____	Dosificación _____	Frecuencia _____
Medicación _____	Dosificación _____	Frecuencia _____

Por favor, enumere cualquier problema médico / de salud adicional.

Compañía de seguros médicos _____

Número de Medicaid (si corresponde) _____

¿Da permiso para compartir la información médica del estudiante con su maestro y el personal apropiado? Sí No

Si su hijo no tiene seguro de salud que incluya NJ FamilyCare/Medicaid, Medicare, privado u otro, comuníquese con NJ FamilyCare, que proporciona seguro de salud gratuito o de bajo costo para niños sin seguro y ciertos padres de bajos ingresos. Para obtener más información, visite www.njfamilycare.org para solicitar en línea o llame al (800) 701-0710.

Si mi hijo requiere atención médica inmediata debido a una enfermedad o accidente y no puedo ser contactado por teléfono, por la presente autorizo a la Comisión de Servicios Educativos del Condado de Union a obtener la asistencia médica adecuada a mi cargo.

Firma del padre/tutor:

Fecha
