



# Comisión de Servicios Educativos del Condado de Union

## Formulario de Emergencia/Información para Estudiantes

### 2024 - 2025 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 |
|                      | Relación         |

2. Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_

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](http://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**

\_\_\_\_\_