



# 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?  Sí  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**

\_\_\_\_\_