

ACTIVIDAD: _____

AÑO ESCOLAR: 20__ - 20__

TARJETA DE EMERGENCIA PARA GALENA PARK I.S.D.

ESCRIBA CON TINTA Y EN LETRA DE MOLDE

Nombre del estudiante: _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo nombre _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Tel. en casa: _____

de Seguro Social: _____ - _____ - _____ # de Id. de estudiante: _____ # de Id. Estatal: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

en trabajo: _____ # en trabajo: _____

de celular: _____ # de celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Contacto en caso de emergencia (LOS PADRES NO):

Apellido _____ Nombre _____ Parentesco _____

de tel. en casa: _____ # trabajo: _____ # celular: _____

Alergias conocidas: _____

Condiciones médicas conocidas: _____

Medicamentos tomados diariamente: _____

Asma: Sí o No Inhalador: Sí o No Tipo: _____

Información sobre Seguro Médico

¿Está su hijo/a cubierto/a bajo una póliza de seguro médico?: SÍ o NO

CHIP: _____ MEDICAID: _____ Plan de CHIP/MEDICAID: _____

Compañía de seguro médico: _____

¿Es su póliza de seguro HMO o PPO? _____

Si es una HMO, anote el doctor principal:

Nombre: _____ Número: _____

Dirección para Reclamos en la Cía. de Seguros: _____

P.O. BOX _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Núm. de teléfono de la Cía. de Seguros: _____

Núm. de Póliza/Identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular en la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

TODA ESTA INFORMACIÓN ESTÁ ANOTADA EN LA TARJETA DE SEGURO MÉDICO/MEDICAID

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado arriba necesita atención y tratamiento inmediato como resultado de cualquier lesión o enfermedad, Yo por este medio solicito, autorizo y consiento que dicha atención y tratamiento sea brindada al estudiante mencionado por cualquier doctor, preparador, enfermera, hospital o representante de escuela; y por este medio estoy de acuerdo de mantener salvo y de eximir de cualquier responsabilidad a la escuela y a cualquier representante en contra de cualquier reclamación hecha por cualquier persona por motivo de la atención mencionada y tratamiento de dicho estudiante. Su firma en este formulario otorga la autorización que es necesaria para el distrito escolar, su representante para compartir la información concerniente al diagnóstico médico y tratamiento para su hijo/a.

Escriba el nombre del Padre/Tutor

Firma

Fecha