

Información de Emergencia Y Formulario de Autorización
Escuelas Municipales de  obbs

ESCUELA:		MAESTRO(A):		GRADO:	
Información del Estudiante					
Número de Identificación		Apellido:		Nombre:	
Inicial:		Fecha de Inscripción:		Fecha de Nacimiento:	
Genero: M F		Dirección:			
Teléfono de la casa:			Lengua hablada en casa:		
CONTACTOS FAMILIARES PRIMARIOS (A QUIEN LA ESCUELA DEBE LLAMAR PRIMERO)					
Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal:		Relación:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Móvil:	Vive con: S N
Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal:		Relación:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Móvil:	Vive con: S N
CONTACTOS DE EMERGENCIA (A QUIEN LA ESCUELA DEBE DE LLAMAR SI EL PADRE/TUTOR NO PUEDE SER CONTACTADO)					
Nombre:		Relación:	Teléfono de la casa:	Teléfono Móvil:	Trabajo:
Nombre:		Relación:	Teléfono de la casa:	Teléfono Móvil:	Trabajo:
Nombre:		Relación:	Teléfono de la casa:	Teléfono Móvil:	Trabajo:
<i>Para Otorgar Consentimiento - En caso de emergencia relacionado con mi hijo y yo no pueda ser localizado, yo doy mi consentimiento, por este medio, para transportar a mi hijo al siguiente hospital y proveedores de atención medica y autorizo que este hospital y proveedores den cualquier atención medica y cuidado de salud razonable y habitual que se consideren necesarios.</i>					
Proveedor de atención primaria: (Medico, Asistente de médico, enfermero)			# De Teléfono:		
Dentista:			# De Teléfono:		
Seguro medico:		# de ID:	Sin Seguro <input type="checkbox"/>		
Hospital preferido:					

DATOS RELACIONADOS CON EL HISTORIAL MEDICO DEL ESTUDIANTE					
<input type="checkbox"/> Estudiante no tiene problemas médicos actuales					
<i>Por favor, indique si el estudiante ha tenido o está en tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones.</i>					
Condición	Año / Edad Problema Ocurrió	Condición	Año / Edad Problema Ocurrió	Condición	Año / Edad Problema Ocurrió
ADHD/ADD		Convulsiones		Meningitis	
Asma Inhalador si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Presión arterial alta		Migraña	
Diabetes Insulina si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Enfermedades Gastrointestinales		Debilidad muscular o parálisis	
Oídos/Problemas Auditivos Tipo:		Problemas emocionales Tipo:		Desórdenes de la Sangre Tipo:	
Problemas del corazón Tipo:		Enfermedades Infecciosas Tipo:		Hepatitis Tipo:	
Problemas de la Visión Tipo: Lentes: Contactos:		Cáncer		Otro Tipo:	

