

**DATOS DE EMERGENCIA**

Distrito Escolar del Valle de Boulder RE-2

Año Escolar: \_\_\_\_\_ Estudiante: \_\_\_\_\_

Centro Escolar: \_\_\_\_\_ Sexo: **M F** Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_El estudiante vive con:  Ambos Padres  Madre  Padre  Tutela Compartida  Otro: \_\_\_\_\_**Los Contactos de Emergencia son aquellas personas que están autorizadas para recoger al niño o a las que se puede llamar en caso de una urgencia.****Necesitamos que indiquen dos contactos de emergencia locales además de los padres.**

	Domicilio Privado (Calle y Ciudad/Código Postal)	Compañía para la que Trabaja/Domicilio	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléf. Móvil/ Localizador
Nombre de la Madre:					
Nombre del Padre:					
Contacto de Emergencia Local:	Parentesco con el estudiante:	N/A			
Contacto de Emergencia Local:	Parentesco con el estudiante:	N/A			

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Medicaid/Renuncia/Cía. de Seguros: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD/NECESIDADES ESPECIALES:** Describa cualquier problema de salud o necesidades especiales que su hijo tenga y que puedan afectar su participación en el programa SAC o su capacidad para cumplir las expectativas del programa: \_\_\_\_\_**PARTICIPACION EN ACTIVIDADES:** Indique cualquier actividad en la que no quiere que su hijo participe: \_\_\_\_\_**MEDICAMENTOS** que suele tomar: (SAC debe tener una autorización firmada por el doctor para poder administrar cualquier tipo de medicamento en la escuela.) En la escuela: \_\_\_\_\_**ALERGIAS SERIAS** a alimentos, medicamentos, picaduras de avispa (especifique): \_\_\_\_\_**DATOS DE EMERGENCIA:** Los padres deben llevar a sus propios hijos de la escuela a su casa o de la escuela a la consulta del doctor excepto en los casos de extrema urgencia. En el caso de accidente o de seria enfermedad, el personal de la escuela intentará avisar primero a los padres. Si no es posible contactar con ellos ni tampoco con los contactos de emergencia, los administradores de la escuela quedan autorizados por este medio para decidir la mejor alternativa que podría incluir el uso de una ambulancia si lo estimasen necesario para la seguridad y bienestar del estudiante arriba citado.**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE URGENCIA:** Yo, el que suscribe, autorizo con este documento a los representantes del Distrito Escolar del Valle de Boulder para que se pongan en contacto directo con las personas citadas en esta tarjeta y autorizo al médico o dentista citado a que atienda y trate a mi estudiante si sus servicios fueran necesarios en caso de emergencia. En el caso de que ni el médico ni el dentista arriba citados estuvieran disponibles en ese momento para tratar a mi estudiante, autorizo al médico o dentista al que sea posteriormente referido para que atienda y trate a dicho estudiante.

No haré al Distrito Escolar del Valle de Boulder responsable económico ni legal de los cuidados de emergencia ni de los gastos de transporte de dicho estudiante.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Padres:  
Adjunten aquí una  
fotografía reciente  
de su hijo.*

Staff Use Only: