

Estudiante # \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Codigo Postal)

Grade: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA**

**Esta tarjeta se debe llenar y devolver a la escuela CADA año**

1. En caso de una enfermedad o herida, doy permiso a las oficiales de la escuela a obtener el transporte o tratamiento de emergencia.

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Seguro Médico: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián Teléfono del Empleo/Celular

Anote otros miembros de la familia que son alumnos en esta escuela  
(hermanos/as, primos/as)

3. \_\_\_\_\_  
Madre/Guardián Teléfono del Empleo/Celular

Por favor describa las condiciones crónicas médicas, operaciones, enfermedades,  
o medicinas que son de importancia a la oficina de la enfermera.

Si no pueden comunicarse con nosotros, favor de llamar:

\_\_\_\_\_  
(Pariente, Amigo, Vecino) Teléfono

\_\_\_\_\_  
(Pariente, Amigo, Vecino) Teléfono

El distrito escolar no puede tomar responsabilidad por los pagos al médico, el transporte por ambulancia, etc. AVISO: SE PUEDE CONSEGUIR UNA PÓLIZA DE SEGURO para todos los alumnos por una cuota razonable. Haga el favor de avisar cualquier cambio de domicilio, teléfono, o nombre del médico a la oficina de la enfermera inmediatamente.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN \_\_\_\_\_