



Diócesis de Fort Wayne – South Bend

## Información de Emergencia

**Office Use Only**

Last Name: \_\_\_\_\_

Student ID: \_\_\_\_\_

Baptism Certificate on file? \_\_\_\_\_

Birth Certificate on file? \_\_\_\_\_

La información de abajo tiene que estar archivado en la oficina escolar. Completa esta forma por cada estudiante y mándela a la escuela mañana. Los padres tienen que completar esta forma antes del comienzo del año escolar. ¡POR FAVOR LLENELA!

Los padres son responsables informar la oficina durante el año escolar si hay cambios en la información emergencia.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres o Guardianes Legales \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono en casa \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

¿A quién podríamos llamar en caso de una emergencia y en que orden de importancia debemos llamarlos?

(Esta lista debe incluir los padres y guardianes legales)

	Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono	Favor de Marcar el que corresponda
1				____ Teléfono célula ____ Casa ____ Trabajo
2				____ Teléfono célula ____ Casa ____ Trabajo
3				____ Teléfono célula ____ Casa ____ Trabajo
4				____ Teléfono célula ____ Casa ____ Trabajo
5				____ Teléfono célula ____ Casa ____ Trabajo

### CONSENTIMIENTO A LA ASISTENCIA EMERGENCIA

En caso de una emergencia, pido que la escuela haga algunos intentos razonables de ponerse en contacto conmigo a los números de arriba u otro adulto o uno de los padres de familia de los números telefónicos de arriba.

Entiendo que en una emergencia, las circunstancias difíciles pueden impedir a la escuela ponerse en contacto conmigo en seguida o la escuela no si la puede comunicar conmigo. Yo, por consiguiente, consiento la acción que la escuela tome, al considerar necesaria asegurar el cuidado médico/caso de emergencia para mi niño/a incluso si yo no lo haya autorizado.

Entiendo que decisiones acerca del tipo de cuidado médico/trato en caso de emergencia son proveedores del especialistas de la salud y no por la escuela y que en circunstancias agotadores pueden exigir la atención de cuidado médico o trato de emergencia sin mi anterior consentimiento. He indicado abajo mis preferencias de trato que tengo para mi niño/a que la escuela puede decir a un proveedor de la salud. (Marque y complete lo siguiente)

\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_ es mi médico preferente.

\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_ es mi dentista preferente.

\_\_\_\_ El recibo de mi consentimiento antes de la cirugía mayor de mi niño/a, salvo las opiniones médicas de dos médicos o dentistas autorizados concurriendo en la necesidad que tal cirugía son conseguido antes de la cirugía sea realizada.

La escuela puede revelar la información siguiente al proveedor de salud:

\_\_\_\_ Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Póliza/Grupo/Demanda # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ La siguiente información es con respecto a las alergias que mi niño/a tiene, el medicamento que mi niño/a toma y otros aspectos de salud sobre mi niño/a: \_\_\_\_\_

Entiendo que en caso de una emergencia, la escuela hará los esfuerzos razonables para notificar a un proveedor de salud de las información de arriba; pero reconozco que soy responsable de comunicar tal información al personal médico apropiado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián legal: \_\_\_\_\_