

Escuela Católica del Arcángel St. Michael-St. Gabriel  
FORMA DE CONTACTO Y EMERGENCIA

INFORMACION DE IDENTIFICACION				INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre Completo Legal del Estudiante:				<i>En caso de emergencia o enfermedad grave de mi hijo/a menor, por favor intente llamar en la orden asignada abajo.</i>				
Fecha de Nacimiento: <i>MM/DD/YYYY</i>		Grado:		<b>1<sup>st</sup>:</b>	Nombre:		Numero de Trabajo/Casa:	
Nombre de Padre/Madre (Tutor Legal):					Relación:		Numero de Celular:	
Dirección Actual:				<b>2<sup>nd</sup>:</b>	Nombre:		Numero de Trabajo/Casa:	
Numero de Apartamento:					Relación:		Numero de Celular:	
Ciudad		Estado:	Código Postal:	<b>3<sup>rd</sup>:</b>	Nombre:		Numero de Trabajo/Casa:	
Número de Teléfono de Casa:		Correo Electrónico:			Relación:		Numero de Celular:	
El Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Mamá y Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Tutor Legal				Hospital Local de Preferencia:				
Que Padre tiene la Custodia Legal (solo si aplica a usted)?			<input type="checkbox"/> Por orden de Corte?	Medico de Preferencia:		# Teléfono del Medico:		
Hermanos que asisten A esta escuela:				INFORMACION DE SEGURO MEDICO				
<b>Adultos autorizados de recoger a mi hijo:</b>	Nombre:		# de Teléfono.	Compañía:		# de Teléfono:		
				Miembro en la Póliza:		Numero de Grupo:		
				Número de Identificación del Miembro:		Número del Plan:		
				Numero de Póliza:		Número de Identificación del (Niño) Paciente:		
INFORMACION MEDICA								
<b>Condiciones Médicas del Niño/a</b>	Por favor anote abajo las condiciones médicas que tiene su hijo/a tal como enfermedades crónicas o serias; Alergias severas o sensibilidad incluyendo, pero no limitado a comidas, medicinas, insectos, o el calor; asma; cáncer, diabetes, condiciones del corazón, problemas respiratorios; convulsiones, problemas urinarios, hemofilia; hospitalizaciones frecuentes; dificultades de visión o audición, limitaciones físicas, etc. <input type="checkbox"/> Está en Archivo el plan de Salud de condiciones crónicas (si es aplicable)			<b>Medicamentos tomados regularmente por el niño/a</b>	Por favor anote abajo cualquier medicina, tratamientos, o cuidado que su hijo/a recibe a base regular que el personal médico tenga que saber en el momento de algún tratamiento por enfermedad o lesión.  <input type="checkbox"/> Está en archivo la información de autorización de todos los medicamentos tomados en la ( <i>escuela, programas, eventos, pacesos</i> )			
<b>CONSENTIMIENTO A TRATO MEDICO PARA UN MENOR</b>								
Yo comprendo que en caso de una emergencia seria médica, al menos que la lesión/enfermedad parezca ser de inmediata amenaza de vida, el personal hará intentos razonables de contactarme/nos tal y como está especificado arriba antes de autorizar tratamiento médico. Si yo /nosotros no estamos disponibles para dar consentimiento, yo/nosotros autorizamos al personal de St. Michael-St. Gabriel de actuar en mi/nuestro derecho, llamar al 911 servicios de emergencia, transporte por ambulancia, hospitalizar; asegurar tratamiento apropiado; autorizar inyecciones, anestesia, rayos x, cirugías o cualquier otro tratamiento que se considere necesario por medio del personal médico calificado. También comprendo que la información médica proveída será compartida solamente ante una base de situación médica al personal y al equipo de personal médico asistiendo con el tratamiento.								
<b>Por la presente se notifica</b> al personal médico calificado que esta autorización está actualmente en efecto, y tal personal está instruido a actuar con esta autorización sin retraso. Yo/nosotros estamos de acuerdo en asumir responsabilidad financiera por todos los gastos adquiridos en cualquier atención médica de emergencia requerida.								
<b>Firma de Padres/Tutor Legal:</b>				<b>Relación:</b>		<b>Fecha:</b>		

Ha tenido su hijo:	Si	No
Examen de ojos:		
Su hijo usa lentes?		
Examen de oídos:		
Usa su hijo audífono para escuchar?		
Examen de habla:		
Ha recibido su hijo algunos de estos servicios?		
Evaluación de lenguaje		
Ha recibido su hijo algunos de estos servicios?		
Examen psicólogo educacional?		
Examen de ADD/ADHD?		
Terapia ocupacional?		
Terapia física?		
Asesoramiento?		
Referido a alguno de estos servicios?		
Tiene su hijo uno de estos problemas médicos:		
Alergias		
Asma		
Convulsiones		
Diabetes		
Problema de oído y o de garganta		
Corazón		