

Servicios de Salud
Escuelas Públicas de Valley View del Distrito 365-U
Información de Emergencia del Alumno

Apellido legal _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # De Teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad y Zona postal _____ Maestro _____ Grado _____
 Hijo(a) vive con: _____ (Nombre los adultos en la casa)

HISTORIA DE SALUD – Favor de las fechas aproximadas y provee los detalles necesarios.

Asma	
Defectos Del Corazon/Enfermedad	
Ataques	
Tratamiento Psiquiátrico	
Infecciones del Oído Frecuentes	
Hemorragias Severas	
Alergia Severa del piquete de Abeja	
Usa anteojos su hijo(a)?	
Alergia a algún medicamento o comida	
Otro:	
Anoté cualquier medicamento que su hijo(a) este tomando: _____	
*Si su hijo(a) necesita tomar alguna medicina en la escuela, por favor obtenga una forma de la escuela para informales.	

Información de la Adulta femenina (Por favor, Imprima) _____

Primer Nombre _____ Apellido _____
 Relación con el estudiante _____
 Lugar de Empleo _____ Teléfono del Trabajo _____
 Teléfono Celular _____ Numero de Beeper _____

Información del Adulto Masculino (Por Favor, Imprima) _____

Primer Nombre _____ Apellido _____
 Relación con el estudiante _____
 Lugar de Empleo _____ Teléfono del Trabajo _____
 Teléfono Celular _____ Numero de Beeper _____

Información de Contacto de Emergencia Aparte de los Padres (Por Favor, Imprima)

Nombre Completo _____ # De Teléfono en el Dia _____ Relación con el estudiante _____
 Nombre Completo _____ # De Teléfono en el Dia _____ Relación con el estudiante _____
 Nombre Completo _____ # De Teléfono en el Dia _____ Relación con el estudiante _____

Permiso de los padres de proveer tratamiento de un doctor y un hospital:

NOTA: Debe ser claramente entendido que el hospital no proveerá ninguna atención medica, excepto en casos de emergencia muy serios, hasta que el padre venga personalmente a firmar el permiso.

Doy mi permiso a la escuela de llamar a un medico o que lleven a mi hijo(a) a un hospital en el caso de un accidente serio o enfermedad si no puedo ser contactado. Yo asumo la responsabilidad por esto.

Firma _____ Fecha _____
 Doctor Familiar: _____ Teléfono _____