

PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS
CONTACTO DE EMERGENCIA

Esta información proveída por los padres/guardiáns se mantiene en los archivos. Una nueva tarjeta debe ser llenada de Nuevo si la información ha cambiado. En cada ocasión que su niño es entregado a una persona autorizada, una foto de identificación es un requisito obligatorio.

Día Completado _____

Escuela _____

Grado _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Estudiante _____
(Apellido) (Primero) (Inicial)

Dirección _____

Nombre del Padre _____	Nombre de la Madre _____
Teléfono de la Casa _____	Teléfono de la Casa _____
Teléfono del Trabajo _____	Teléfono del Trabajo _____
Teléfono Celular _____	Teléfono Celular _____

En caso de emergencia, yo autorizo que entreguen a mi niño solamente a las personas siguientes:
(ESCRIBE CUATRO NOMBRES)

Nombre/Relación _____	Teléfono de la Casa _____
	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____

Nombre/Relación _____	Teléfono de la Casa _____
	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____

Nombre/Relación _____	Teléfono de la Casa _____
	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____

Nombre/Relación _____	Teléfono de la Casa _____
	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____

Yo afirmo que la información que he escrito arriba es correcta desde hoy _____ (Día)

Firma del Padre/Guardián: _____

Favor de completar el reverse.

FORMULARIO DE LA HISTORIA DE SALUD

Debe ser completado y regresado el primer día de clases.

1. ¿Ha tenido el niño, durante el pasado año, una enfermedad, una herida o operación? Escriba el nombre y fecha de la enfermedad abajo.

2. ¿Ha recibido alguna inmunización o exámenes el pasado año? Verifíquelo con una nota de su médico.

¿En la salud padece este niño de algo en particular de lo cual la escuela deba saber para proveerle con cuidado especial?

3. Es obligatorio hacerse un examen físico, ya sea por su médico privado o médico de la escuela, al entrar a la escuela. Este examen es rutinario en el **grado DOS, CUATRO, SIETE y DIEZ.**

Marque el punto apropiado:

_____ El niño será examinado por el médico de la familia a costo del padre. Un reporte escrito será presentado a la escuela.

_____ El niño debe ser examinado, sin costo alguno al padre, en la escuela por un médico de la escuela.

¿Usa este niño anteojos/lentes de contacto? Sí _____ No _____

¿Cuando fue la última vez que este niño vio a un especialista de la vista?

¿Toma medicamento este niño con regularidad? Sí _____ No _____

Nombre del medicamento _____

HERMANOS Y HERMANAS QUE AHORA ESTÁN ASISTIENDO A LAS ESCUELAS DE PATCHOGUE-MEDFORD

NOMBRE	GRADO	ESCUELA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____