

Escuela ST. JAMES, MCMINNVILLE, Archidiócesis de PORTLAND

Información estudiantil de emergencia y forma de procedimiento

Nombre del Estudiante _____ Telefono de casa _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Escuela/Cuidado Extendido: **St. James School** Fecha de nacimiento _____ Nivel de grado _____

En caso de accidente grave, 911 y los padres serán llamados. En caso de una emergencia que requiere atención inmediata y ninguno de los padres/tutores se puede contactar, le doy permiso a la escuela de St James. Par contactar y enviar al niño antes mencionado a las personas enumeradas a continuación, o, si es necesario, con el médico o hospital. Asumo toda la responsabilidad si mi hijo necesita atención médica y comprometo la ambulancia y gastos médicos. También doy permiso para que el escuela o personal Cuidado Extendido de administrar RCP y/o de primeros auxilios si se considera necesario.

1st contacto _____ teléfono _____ Relación _____

2nd contacto _____ teléfono _____ Relación _____

3rd contacto _____ teléfono _____ Relación _____

4th contacto _____ teléfono _____ Relación _____

5th contacto _____ teléfono _____ Relación _____

Nombre de su Doctor de niño/a _____ teléfono _____

Fecha de la inmunización contra el tetano o fecha del refuerzo _____

Alergias (comida, medicina, insectos, etc.) _____

Toma medicamentos el estudiante? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, nombre de medicamento, dosis, razón por el medicamento _____

Cualquier lesión, cirugía reciente, enfermedad prolongada, medicación actual, lentes correctivos, o problemas de salud especiales que ayuden al personal de emergencia el cuidado de su hijo/a o que puedan requerir una atención especial

Nombre del Seguro Médico _____ Numero de Identificación _____

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____