

COMMUNITY ACTION TEAM, INC.
CHILD & FAMILY DEVELOPMENT PROGRAMS
 Formulario de emergencia

Form 3-11

El nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información para padres/tutores				
Nombre del padre / tutor (principal)		Dirección		
Teléfono de casa	Teléfono celular	Correo electrónico		
Nombre del padre / tutor (secundario)		Dirección		
Teléfono de casa	Teléfono celular	Correo electrónico		
Información de contacto del proveedor de cuidado infantil				
Nombre		Dirección		Teléfono
Emergency Contact Person(s) authorized to release child to (other than parent)				
Nombre				Teléfono
Persona(s) niño(s) NO PUEDE ser liberado a				
Nombre		Nombre		
Información Médica				
Doctor	Dentista	Hospital		
Proveedor de seguros para niños	Asma	Fecha de la última vacuna contra el tétanos		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Condiciones médicas (lista)	Medicamentos en curso (lista)	Alergias (lista)		
Notificación de una emergencia médica				
<p>En caso de una emergencia médica, el personal del Equipo de Acción Comunitaria administrará primeros auxilios básicos y, si es necesario, se llamará al 911. Doy mi consentimiento para que la persona de contacto de emergencia mencionada anteriormente ACTÚE EN MI NOMBRE si no estoy disponible. Acepto revisar y actualizar esta información cada vez que ocurra un cambio.</p>				
Firma del padre / tutor / Fecha			Firma del padre / tutor / Fecha	
Actualizaciones				
Fecha / Iniciales	Fecha / Iniciales	Fecha / Iniciales	Fecha / Iniciales	Fecha / Iniciales