

# RED BANK REGIONAL HIGH SCHOOL INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Estudiante: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Masculino o Femenino \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Dirección electrónica de los padres \_\_\_\_\_

¿Con quien vive su hijo(s)? \_\_\_\_\_

Por favor, marque esta casilla si ha habido un cambio de nombre del padre o tutor, dirección o número de teléfono.

**Para servir a su hijo en caso de accidente o enfermedad repentina, es necesario que nos de la siguiente información:**

Padre/Guardian \_\_\_\_\_ teléfono-casa \_\_\_\_\_ teléfono- trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_  
Madre/Guardian \_\_\_\_\_ teléfono-casa \_\_\_\_\_ teléfono-trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

**Lista de dos contactos de emergencia que asumirá el cuidado temporal de su hijo, si no podemos contactarlo a usted:**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Por favor liste otros hijos(as) que asisten a Red Bank Regional: \_\_\_\_\_

En un esfuerzo por conservar nuestros recursos RBR ahora le ofrece la oportunidad de no usar papel\* al recibir nuestras noticias a través de nuestra página web. Por favor, especifique su selección a continuación. **\*Los Reportes Escolares e Informaciones Provisionales todavía serán enviado por correo.**

**Si**, Quiero ir sin papel.  **No**, continúe enviándome información por correo.

**Año Escolar:** \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) seguro de salud?

Si \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de salud \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ NJ Family Care provee seguro de salud gratuito o de bajo costo para los niños sin seguro médico y ciertos padres de bajos ingresos. Para más información llame al 800-701-0710 o visite [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para aplicar en línea. Usted puede darle mi nombre y dirección al Programa de NJ Family Care para ellos se pongan en contacto conmigo sobre el seguro de salud.

Firma \_\_\_\_\_ Imprimir el nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Consentimiento por escrito requerido en conformidad con la ley 20 U.S.C. § 1232g (b) (1) y 34 C.F.R. 99.30 (b)

Lista de cualquier atención médica o quirúrgica de su hijo ha recibido durante el último año: \_\_\_\_\_

Examen Dental	_____ fecha _____	_____ Aparatos de Ortodoncia _____
Examen de Visión	_____ fecha _____	_____ lentes de contacto _____
Alergias	_____ tipo _____	_____ medicamentos _____
Reacción alérgica	_____ fecha _____	_____ medicamentos _____
Inmunizaciones / tétano	_____ fecha _____	_____ tipo _____
Restricciones	_____ tipo _____	_____ _____

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los oficiales de las Escuelas Públicas de New Jersey contactar directamente a las personas nombradas en esta tarjeta y autorizo a los médicos a usar tratamiento, como se considere necesario en caso de emergencia para la salud de dicho niño. En el caso de que los médicos, otras personas nombradas en esta tarjeta, o los padres no puedan ser contactados, el personal de la escuela queda autorizado para tomar las medidas que consideren necesarias a su juicio, para tratar la salud del niño antes mencionado. No haré al distrito escolar responsable financieramente de la atención de emergencia y / o de transporte de dicho niño.

