

**RED BANK REGIONAL HIGH SCHOOL INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**  
**Año escolar – 2016-2017**

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Circule

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Masculino o Femenino \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ ¿Con quien vive su hijo(s)? \_\_\_\_\_

Por favor, marque esta casilla si hay 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/Guardián \_\_\_\_\_ teléfono-casa \_\_\_\_\_ teléfono- trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ teléfono-casa \_\_\_\_\_ teléfono- trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ teléfono-casa \_\_\_\_\_ teléfono- trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

**Dirección electrónica de los padres \_\_\_\_\_**  
**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 \_\_\_\_\_



Si \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de salud \_\_\_\_\_ ¿Tiene su hijo(a) seguro de salud?  
 No \_\_\_\_\_ NJ Family Care provee seguro de salud gratuito o de costo bajo 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 que ellos se pongan en contacto conmigo sobre este 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 Vision \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ ✓lentes \_\_\_\_\_ contactos \_\_\_\_\_  
 Alergia \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_  
 Reacción alérgica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_  
 Inmunizaciones / tétanos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
 Restricciones \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
 Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo a los oficiales de las Escuelas Públicas de New Jersey a contactar directamente a las personas nombradas en esta tarjeta y autorizo a los médicos que administren tratamiento, como y cuando se considere necesario en caso de emergencia para el bienestar de dicho niño. En el caso 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 tratamiento médico del niño antes mencionado. No hará al distrito escolar responsable financieramente de la atención de emergencia y / o de transporte de dicho niño.

Firma de Padre(s)/Guardián(s) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_