

RED BANK REGIONAL HIGH SCHOOL INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Circule
Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____ Masculino o Femenino

Teléfono de la casa _____ ¿Con quien vive su hijo? _____

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/Guardián _____	_____	_____	_____
	teléfono-casa	teléfono- trabajo	celular
Madre/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 _____

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

¿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 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 _____ 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, por este medio, autorizo a los oficiales de las Escuelas Públicas de Nueva Jersey contactar directamente a las personas nombradas en esta tarjeta y autorizo a los médicos a que administren tratamiento, como y cuando se considere necesario en caso de emergencia para el bienestar 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.

X _____
Firma de Padre(s) / Guardián(es) _____ Fecha _____