

**FRAMINGHAM PUBLIC SCHOOLS**  
**Información para casos de emergencia**

La información para casos de emergencia debe de ser correcta y actual. Por favor, contacte con la enfermera de la escuela para cualquier cambio en su información.

---

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián#1:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Casa:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián#2:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Casa:** \_\_\_\_\_

**Contacto en casos de emergencia:**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Información del médico:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Información del dentista:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Otro proveedor:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Seguro médico:** MassHealth \_\_\_\_\_ **Seguro médico privado:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Si no tiene un médico o un seguro de salud le gustaría:**

¿Obtener ayuda para que pueda encontrar un médico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Desea obtener ayuda para poder obtener un seguro médico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**La enfermera de la escuela tiene permiso para poder compartir la información de salud con el personal de la escuela, como él o ella determine apropiado para la salud y seguridad de mi hijo. \_\_\_ Sí \_\_\_ No**

**En caso de una emergencia en la que los padres no puedan ser contactados, autorizo a la escuela a que provea tratamiento médico a mí hijo/a.**

**Comentarios e información adicional:** \_\_\_\_\_

---

**Firma del Padre/Guardián**

---

**Fecha**