

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