

ARQUIDIOCESIS DE PORTLAND
Formulario de Información y Procedimientos en
Caso de Emergencia para Estudiantes/Jóvenes

Nombre del Estudiante: _____ No. de teléfono (casa) _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Escuela a la que asiste: _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Padre(s)/Guardián(es) Legal(es): _____

Persona con la que el estudiante esta viviendo actualmente _____

En caso de enfermedad, accidente o emergencia del mencionado estudiante, la Arquidiócesis de Portland y sus representantes están autorizados para proceder como se indica a continuación. (Por favor detalle específicamente la información solicitada y numere en orden de preferencia, 1, 2, 3, etc. Los procedimientos que desea tomemos):

____ Contacte a _____ Teléfono (día) _____ Otro teléfono _____

____ Contacte a _____ Teléfono (día) _____ Otro teléfono _____

____ Si no se puede localizar a estas personas, contacte a: _____ Teléfono _____

____ Contacte al médico de la familia: _____ Teléfono _____

____ Lleve al estudiante al hospital más cercano: _____

____ Otro _____

Fecha de vacunación o refuerzo contra el tétano: _____

Alergias (a comidas, medicamentos, insectos, etc) _____

¿Está actualmente el niño(a) tomando algún medicamento? Sí ___ No ___. Si es así, por favor indíquenos el nombre del medicamento, dosis, razón y el médico. _____

Por favor, indíquenos sobre cualquier lesión, operación reciente, enfermedades, medicación que se esté tomando actualmente, lentes correctivos o cualquier problema de salud especial del niño(a) que nos pueda ayudar en caso de emergencia o que requieran atención especial. _____

Nombre de la Compañía del Seguro Médico _____

Número de Identificación o Grupo _____

Autorizo a la Arquidiócesis de Portland y sus representantes a que usen su juicio en determinar el cuidado y procedimientos para mi hijo(a) en caso de emergencia. También entiendo y estoy de acuerdo que la Arquidiócesis no asumirá ninguna obligación financiera en la que se incurra por procedimientos de emergencia y/o transporte de emergencia.

Firma del Padre/Guardián Legal

Fecha

FAVOR ACTUALIZAR ESTA INFORMACION ANUALMENTE Y MANTENER EN EL ARCHIVO DEL ESTUDIANTE/JOVEN.

TARJETA DE EMERGENCIA

Escuela San Vicente de PAUL

Apellido de la familia	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado	Teléfono
------------------------	-----------------------	---------------------	-------	----------

Dirección	Ciudad	Estado	Área postal
-----------	--------	--------	-------------

e-mail (correo electrónico)

Nombre del padre o tutor	Teléfono celular	Teléfono del trabajo
--------------------------	------------------	----------------------

Nombre de la Compañía donde trabaja	Dirección de la compañía
-------------------------------------	--------------------------

Nombre de la mama o tutor	Teléfono celular	Teléfono del trabajo
---------------------------	------------------	----------------------

Nombre de la Compañía donde trabaja	Dirección de la compañía
-------------------------------------	--------------------------

Se puede llamar a estas personas en caso de emergencia y de que no me puedan localizar. Estas personas tienen permiso de recoger a mi niño/a de la escuela

Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono por el día
--------	----------------------------	---------------------

Nombre	Relación con el	Teléfono por el día
--------	-----------------	---------------------

Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono por el día
--------	----------------------------	---------------------

Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono por el día
--------	----------------------------	---------------------