

FORMULARIO DE EMERGENCIA

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES:

- (1) Complete todos los puntos en este lado del formulario. Firme y coloque la fecha donde se indica.
 (2) Si su hijo tiene una condición médica que podría requerir cuidados médicos de emergencia, complete el lado posterior de este formulario. Si es necesario, pídale al profesional de la salud de su hijo que revise esa información.

NOTA: TODO ESTE FORMULARIO DEBE SER ACTUALIZADO ANUALMENTE.

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre

Fecha de inscripción _____ Horas y días de asistencia prevista _____

Dirección del niño _____
N.º de calle/apto. Ciudad Estado Código postal

Nombre de los padres/tutores	Parentesco	Números de teléfonos		
		Lugar de empleo: _____ W: _____	Celular: _____	Hogar: _____
		Lugar de empleo: _____ W: _____	Celular: _____	Hogar: _____

Nombre de la persona autorizada para recoger al niño (*diariamente*) _____
Apellido Primer nombre Parentesco con el niño

Dirección _____
N.º de calle/apto. Ciudad Estado Código postal

Algún cambio/Información adicional _____

ACTUALIZACIONES ANUALES _____
(Iniciales/Fecha) (Iniciales/Fecha) (Iniciales/Fecha) (Iniciales/Fecha)

 Cuando no sea posible comunicarse con los padres/tutores, mencione al menos una persona que pueda ser contactada para recoger al niño en una emergencia:

1. Nombre _____ Teléfono (Casa) _____ (Oficina) _____
Apellido Primer nombre

Dirección _____
N.º de calle/apto. Ciudad Estado Código postal

2. Nombre _____ Teléfono (Casa) _____ (Oficina) _____
Apellido Primer nombre

Dirección _____
N.º de calle/apto. Ciudad Estado Código postal

3. Nombre _____ Teléfono (Casa) _____ (Oficina) _____
Apellido Primer nombre

Dirección _____
N.º de calle/apto. Ciudad Estado Código postal

Médico o fuente de atención médica del niño _____ Teléfono _____

Dirección _____
N.º de calle/apto. Ciudad Estado Código postal

En EMERGENCIAS que requieran atención médica inmediata, su hijo será trasladado a la SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL MÁS CERCANO. Su firma autoriza a la persona responsable en el centro de cuidado infantil para que transporte a su hijo a ese hospital.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/TUTOR:

- (1) Complete los siguientes puntos, según corresponda, si su hijo tiene una condición o condiciones que podrían requerir atención médica de emergencia.
- (2) Si es necesario, pídale al profesional de la salud de su hijo que revise la información que usted suministra a continuación y firme y coloque la fecha donde se indica.

Nombre de Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Condición(es) médica(s): _____

Medicamentos que toma su hijo actualmente: _____

Fecha de la última vacuna antitetánica de su hijo: _____

Alergias/reacciones: _____

INSTRUCCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA:

(1) Signos/síntomas que se deben observar: _____

(2) Si se manifiestan los signos/síntomas, haga esto: _____

(3) Para prevenir incidentes: _____

OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ESPECIALES QUE TAL VEZ SE NECESITEN: _____

COMENTARIOS: _____

Nota para el profesional de la salud:

Si usted revisó la información anterior, complete lo siguiente:

Nombre del profesional de la salud

Fecha

Firma del profesional de la salud

(_____) _____
Número de teléfono