

(Devuelva esta hoja a la oficina de la escuela)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Grado \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Encargado: \_\_\_\_\_

Números de Teléfonos: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

El estudiante vive con:  Madre  Padre  Tutor  Otro

Idioma que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES MÉDICAS** (marque el encasillado)

- Asma
- Diabetes
- Alérgico/a a  
Comidas/Medicamentos (favor enumere)

- Alérgico/a picada de mosquitos
- Ataques
- Otros (explique) \_\_\_\_\_

Otros niños/hermanos en esta escuela (escriba el nombre y el grado)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**NÚMEROS DE TELÉFONOS A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA:**

En caso de emergencia, enfermedad, o algún accidente, usted autoriza a la escuela a llamar a los siguientes números de teléfonos como usted indica.

Contacto #1: Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al del hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto #1: Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al del hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto #1: Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al del hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si mi hijo/a necesita que lo lleven al hospital/sala de emergencia, ella/él debe ser llevado al hospital más cercano. Yo doy consentimiento a las autoridades de la escuela a tomar la acción apropiada por la seguridad y el bienestar de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Distrito Escolar Municipal de Cleveland  
**HOJA DE DATOS EN CASO DE EMERGENCIA**



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Salón Hogar: \_\_\_\_\_

Lo siguiente es un requisito de la sesión 3313.712 de los códigos revisados de Ohio

**AUTORIZACIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA**

Propósito – para permitir a los padres o encargados que autoricen a la autoridad escolar la provisión de algún tratamiento en caso de que el estudiante se enferme o sufra algún accidente y no podamos comunicarnos con los padres o encargados. Todos los blancos deben ser debidamente completados.

En varios intentos de comunicarse al \_\_\_\_\_ (teléfono) o \_\_\_\_\_ (otro padre/madre) al \_\_\_\_\_ (teléfono) sin éxito el personal escolar llamará al 911.

Historial médico del estudiante incluyendo alergias, medicamentos que ha estado tomando, algún problema físico del cual el médico deba saber.

Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha