

ROCKINGHAM COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Permiso de Cuidado de Emergencia

Nombre de la Escuela: _____ Número del Autobús: _____

Grado: _____

Maestro: _____

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono Particular: _____

Padre/Madre/Guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono del Empleo de la Madre: _____ Teléfono del Empleo del Padre: _____

Teléfono celular de la Madre: _____ Teléfono celular del Padre: _____

Sitio del Trabajo de la Madre: _____ Sitio del Trabajo del Padre: _____

Nombres de personas (además de los padres) en caso de enfermedad o emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, la escuela tiene nuestro permiso a llamar a nuestro doctor o dentista nombrado aquí:

_____ (Doctor) _____ (Teléfono)

_____ (Dentista) _____ (Teléfono)

En caso de emergencia cuando la escuela no puede ponerse en contacto con nosotros, la escuela tiene nuestro permiso a acompañar a nuestro hijo al doctor o al hospital a costa de nosotros. El doctor o hospital tiene nuestro permiso a proveer el tratamiento necesario para la salud de nuestro hijo.

1. Fecha de su última inyección de tétanos _____

2. ¿Tiene alergias su hijo/a con algunas medicinas, comidas, o otras materias? Sí No

Explicación: _____

3. ¿Tiene su hijo una de las condiciones siguientes diagnosticadas por un médico?

asma diabetes ataques epilépticos alergias a picaduras de insectos

Medicina necesaria: _____

4. Medicinas que su hijo toma regularmente: _____

5. Otras condiciones médicas de que la escuela debe saber: _____

(Marque cada gve se aplica)
Escuela/Privado Seguro
Medicaid
FAMIS

(Firma de Padre/Madre)

(Fecha)

For School Use Only
Emergency Alert Form

Favor de devolver todas las copias al Director.