

EDGEWATER PARK SCHOOL DISTRICT

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE URGENCIA

N.º de identificación _____

Apellido _____ Nombre _____ Iniciales _____ Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) _____

Dirección _____ Escuela _____

Ciudad _____ Código postal _____ Grado _____

Teléfono de la casa (_____) _____ Docente/RR. HH. _____

Al padre, madre o tutor: para que podamos atender a su hijo(a) en caso de accidente o urgencia médica, debe dar la siguiente información para llamadas de urgencia:

	Nombre		Teléfono		Dirección
Madre/tutor _____	Casa	_____	_____	_____	_____
	Trabajo	_____	_____	_____	_____
	Teléfono celular	_____	_____	_____	_____
			<i>(Marque el número de contacto preferido)</i>		
	Correo electrónico	_____	_____	_____	_____
Padre _____	Casa	_____	_____	_____	_____
	Trabajo	_____	_____	_____	_____
	Teléfono celular	_____	_____	_____	_____
			<i>(Marque el número de contacto preferido)</i>		
	Correo electrónico	_____	_____	_____	_____

Mencione a dos vecinos o familiares que vivan cerca y que cuidarán temporalmente a su hijo(a) si no nos podemos comunicar con usted:

Nombre _____	Nombre _____
Casa _____	Casa _____
Dirección	Dirección
Trabajo _____	Trabajo _____
Teléfono: Casa _____ Trabajo _____	Teléfono: Casa _____ Trabajo _____
Relación _____	Relación _____

Mencione a otros niños que asistan a Escuelas Públicas de Nueva Jersey (nombre, escuela)

Marque esta casilla si ha cambiado el nombre del padre, madre o tutor, la dirección o el número de teléfono.

¿Su hijo(a) cuenta con seguro de salud?

Sí _____ Si la respuesta es "Sí", nombre de la compañía de seguros _____

No _____ NJ FamilyCare da un seguro de salud gratuito o de bajo costo para los niños sin seguro y para algunos padres con bajos ingresos.

Para obtener más información, llame al 800-701-0710, o visite www.njfamilycare.org para enviar una solicitud en línea.

Pueden revelar mi nombre y mi dirección al programa NJ FamilyCare para que se comuniquen conmigo acerca de los seguros de salud.

Firma: _____ **Nombre en letra de molde:** _____ **Fecha:** _____

Mencione toda atención médica/quirúrgica que su hijo(a) haya recibido durante el año pasado:

Examen dental	_____	_____
	fecha	ortodoncia
Exámenes de la vista	_____	_____
	fecha	lentes de contacto lentes
Alergias	_____	_____
	tipo	medicamentos
Reacciones alérgicas	_____	_____
	fecha	medicamentos
Vacunas/Tétanos	_____	_____
	fecha	tipo
Restriccion es	_____	_____
	tipo	

Médico _____ Número de teléfono _____

Dentista _____ Número de teléfono _____

Hospital _____ Dirección _____ Número de teléfono _____

Yo, el abajo firmante, autorizo por el presente a las autoridades de New Jersey Public Schools (Escuelas Públicas de Nueva Jersey) a que se comuniquen directamente con las personas que figuran en esta tarjeta y autorizo a los médicos mencionados a que brinden el tratamiento que se considere necesario en caso de urgencia por el bien de la salud del niño mencionado.

En caso de que los médicos, otras personas mencionadas en esta tarjeta o los padres no puedan ser localizados, las autoridades escolares quedan por el presente autorizadas a tomar las medidas que consideren necesarias por el bien de la salud del niño mencionado.

No haré responsable al distrito escolar por los gastos de la atención de urgencia ni por el traslado del niño mencionado.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Se requiere el consentimiento por escrito conforme al párrafo 1232 g b) 1) del título 20 del Código de los EE. UU. (USC) y al párrafo 99.30 b) del título 34 del Código de Regulaciones Federales (CFR).