

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

Apellido de estudiante \_\_\_\_\_

## Información de emergencia y salud

Nombre del programa  AM  PM

### Información de contacto

Madre  Padre  Tutor

Madre  Padre  Tutor

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

# de casa: \_\_\_\_\_

# de casa: \_\_\_\_\_

# de trabajo: \_\_\_\_\_

# de trabajo: \_\_\_\_\_

# de celular: \_\_\_\_\_

# de celular: \_\_\_\_\_

Contacto principal:  Sí  No

Contacto principal:  Sí  No

### Contacto de emergencia

**Un contacto de emergencia. Se autoriza a recoger al estudiante con forma de identificación válida.**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Abuela

Hermano

# de casa: \_\_\_\_\_

Abuelo

Hermana

# de trabajo: \_\_\_\_\_

Amigo de la familia

Tía

# de celular: \_\_\_\_\_

Other

Tío

**Si el estudiante tiene algún problema médico, marque. Y, por favor, lo explique.**

Alergia a la picadura de abeja

Diabetes

Condición cardíaca

Problemas respiratorias

Hemofilia

Problema de visión

Problema de audición

Sensibilidad a la medicación

Usa anteojos/lentes

**Se puede administrar lo siguiente al niño para el dolor o dolor de cabeza:**

IBUPROFEN (400 mg)

TYLENOL (650 mg)

Otros

Por favor explica los problemas si existen:

Dosis y nombres de los medicamentos que toma el estudiante:

Existe alguna restricción que impida a su hijo use una máscara?

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

*Entiendo que esta firma es una firma legal.*

\_\_\_\_\_  
Fecha

Devolver en documento completo por correo electrónico a [elowery@cmths.org](mailto:elowery@cmths.org)

*Doy mi permiso para que la escuela técnica de Central Montco envíe a mi hijo/hija al hospital o médico más cercano disponible en caso de una emergencia, lesión o enfermedad.*