

FORMULARIO DE SALUD Y EMERGENCIA 2019/2020 (Año Escolar)

**St . Luke Catholic Church**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero : M F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre /Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (si diferente de estudiante): \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de Emergencias**

Contacto de emergencia primaria: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia secundaria: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información Medica y de Salud del Estudiante**

Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

Nombre de compañía medico: \_\_\_\_\_ Grupo y numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos que el estudiante toma regularmente: \_\_\_\_\_

Todos los estudiantes recibirán primeros auxilios y atención de emergencia, según sea necesario. Al firmar este formulario, consiento que estos servicios sean entregados a mi estudiante. También estoy de acuerdo en que si se requiere un servicio de emergencia que involucre acción médica o tratamiento y no se pueda contactar a los padres o tutores, yo consentiré que el estudiante reciba atención médica del médico u hospital seleccionado por la escuela. Por este medio doy y otorgo a cualquier médico o hospital mi consentimiento y autorización para prestar tal ayuda, tratamiento o cuidado a dicho estudiante, a juicio de dicho médico u hospital, puede requerir, en caso de emergencia, en caso de que el estudiante Debe ser herido o enfermo. Autorizo a la escuela a divulgar información médica sobre mi estudiante a su proveedor de atención médica. Autorizo a la escuela a liberar cuidado y custodia de mi estudiante a los contactos de emergencia mencionados arriba. Se entiende que el consentimiento y la autorización dada en este documento continúan y se aplican durante todo el año escolar en curso. Se entiende además que el seguro o el padre del estudiante pagará los gastos incurridos. El pago de tales gastos no es responsabilidad de la escuela.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_