

TARJETA ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

20 ____ 20 ____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial Segundo Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Edad) (Sexo) (Grado)

Número de seguro social: _____ Peso: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Nombre de la Madre/Guardián: _____

Dirección: _____ Dirección: _____
(Calle) (Ciudad/Estado) Código Postal (Calle) (Ciudad/Estado) Código Postal

Teléfono: _____ Teléfono: _____
(casa) (Trabajo) (Celular) (casa) (Trabajo) (Celular)

Empleador del Padre: _____ Empleador de la Madre: _____

HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS QUE DEBEN SER CONTACTADAS EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO NO ES POSIBLE CONTACTARSE CON EL PADRE/GUARDIAN

Nombre del Contacto	Números Telefónicos #			Tipo de Relación	Empleador
_____	(Casa)	(Trabajo)	(Celular)	_____	_____
_____	(Casa)	(Trabajo)	(Celular)	_____	_____
_____	(Casa)	(Trabajo)	(Celular)	_____	_____

INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ # OFICINA: _____ # EMERGENCIA: _____

NOMBRE DEL DENTISTA: _____ # OFICINA: _____ # EMERGENCIA: _____

COMPAÑIA ASEGURADORA: _____ # DE LA PÓLIZA DE GRUPO: _____

ALERGIAS (medicinas, comida, ambiental): _____

CONDICIONES MÉDICAS (ejemplo: diabetes): _____

MEDICACIÓN TOMADA DIARIAMENTE O COMO NECESARIO (nombre, dosis y frecuencia): _____

MEDICACIÓN QUE TOMA DIARIAMENTE O DE ACUERDO A LA NECESIDAD: (nombre, dosis y frecuencia): _____

REQUIERE DE MONITOREO DIARIO (Ejemplo Glucosa)

Yo, _____, autorizo por este medio a la administración escolar para brindar primeros auxilios a mi hijo(a), nombrado(a) anteriormente, en caso de enfermedad o herida. En caso de una emergencia médica, autorizo a la administración escolar para hacer transportar a mi hijo(a) al hospital más cercano / centro de emergencia para el tratamiento médico o quirúrgico y a ponerse en contacto con el médico de mi hijo(a) y con alguna de las personas mencionadas en la lista anterior. Además, autorizo la liberación de la información médica dada anteriormente para el conocimiento de todo el personal médico que proporciona el tratamiento. Estoy de acuerdo en ser el único responsable del pago de todos los gastos en que se incurra con dicha emergencia.

Por este medio, también libero de toda responsabilidad a Monseñor Daniel N. DiNardo, Arzobispo de la Archidiócesis de Galveston-Houston y a sus sucesores en ese cargo, a la Arquidiócesis de Galveston-Houston, a la Escuela _____ y a cualquiera de sus oficiales, agentes, empleados o representantes ("Partes Liberadas") de todas y cualquier responsabilidad, reclamaciones, pérdidas o gastos que provengan de cualquier herida personal, muerte, pérdida de o daño a la propiedad que provenga de cualquier tratamiento médico recibido y/o al transporte al hospital/centro de emergencia más cercano.

Firma del Padre/Guardián

Fecha de la Firma