

ARCHDIOCESE OF PORTLAND

Formulario de información y procedimiento de emergencia para estudiantes / jóvenes

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nivel de grado \_\_\_\_\_

Última vacunación contra el tétanos o fecha de refuerzo \_\_\_\_\_ Alergias (comida, drogas, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

¿El niño actualmente está tomando algún medicamento?  Si  No Si es así, indique el nombre, la dosis, el motivo del medicamento y el médico que lo recetó. \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nivel de grado \_\_\_\_\_

Última vacunación contra el tétanos o fecha de refuerzo \_\_\_\_\_ Alergias (comida, drogas, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

¿El niño actualmente está tomando algún medicamento?  Si  No Si es así, indique el nombre, la dosis, el motivo del medicamento y el médico que lo recetó. \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nivel de grado \_\_\_\_\_

Última vacunación contra el tétanos o fecha de refuerzo \_\_\_\_\_ Alergias (comida, drogas, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

¿El niño actualmente está tomando algún medicamento?  Si  No Si es así, indique el nombre, la dosis, el motivo del medicamento y el médico que lo recetó. \_\_\_\_\_

Dirección de la casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Asiste a la escuela \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_

Padre (s) / tutor (es) \_\_\_\_\_

Persona con quien viven los estudiantes \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad, accidente o emergencia para el estudiante mencionado anteriormente, la Arquidiócesis de Portland y sus representantes están autorizados a proceder como se indica a continuación (complete completamente la siguiente información y numere cada elemento 1,2,3 etc., en el orden de acción deseada que desea que tomemos).

Contacto \_\_\_\_\_, Teléfono de día \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_, Teléfono de día \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Si no se puede ubicar arriba, póngase en contacto \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Contacte al médico de familia (si es posible) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Lleve al estudiante al hospital de emergencia más cercano \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta cualquier lesión, cirugía reciente, enfermedad prolongada, medicación actual, lentes correctivos o problemas de salud especiales que puedan ayudar al personal de emergencia a cuidar a su (s) hijo (s) o que puedan requerir atención especial

Nombre de la compañía de seguros médicos \_\_\_\_\_

Grupo o I.D. Número \_\_\_\_\_

Autorizo a la Arquidiócesis de Portland y sus representantes a usar su criterio para determinar la atención de emergencia y los procedimientos para mi (s) hijo (s). También entiendo y acepto que la Arquidiócesis no asume ninguna obligación financiera por los gastos incurridos en la realización de procedimientos de emergencia y / o transporte de emergencia.

Firma del Padre / Tutor

Fecha