

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

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.