



Formulario de Información de Emergencia

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Padre/tutor Principal: _____

Número de teléfono: _____

Padre/tutor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Código postal: _____

Por favor, indique los medicamentos que se le han administrado. Para todos los medicamentos recetados, por favor incluya las instrucciones especiales en caso de emergencia.

¿Existe un protocolo médico? Sí NO
En caso afirmativo, adjúntelo.

Alergias: Medicamentos/Alimentos/Otros. *Por favor, enumere y describa las reacciones:*



Northwest Regional Education Service District

Nombre y número de teléfono del médico:

Dirección del Hospital de su preferencia:

Número de póliza de seguro médico y número de grupo:

Si no se puede localizar a los padres en caso de emergencia, se deberá contactar a la siguiente persona

Nombre/Parentesco: _____

Número de teléfono: _____

En caso de emergencia, si el padre, la persona designada o el médico designado no pueden ser localizados, autorizo al NWRESD y/o a su representante a obtener servicios médicos para mi hijo de cualquier médico/centro de atención de emergencia.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____