

ESCUELAS PUBLICAS DE SEATTLE

FORMA DE INFORMACION ESTUDIANTIL DE EMERGENCIA Y AUTORIZACION

ESCUELA _____

Apellido del Estudiante _____ Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____ Autobús # _____ Grado _____

Nombre de hermano(s) inscritos en la misma escuela

Nombre del Padre/Tutor	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
Nombre del Padre/Tutor	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular

Nombre del Contacto de Emergencia	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
-----------------------------------	----------	------------------	----------------------	------------------

TUTORES/VECINOS A LOS QUE SE LES PUEDE ENTREGAR EL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA:

(Por favor designe los autorizados para recoger a su hijo, tenga en mente la localización de la escuela que atiende su hijo).

Nombre	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
Nombre	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
Nombre	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular

Por favor, de la información de algún amigo o miembro familiar, que viva fuera del estado, que pueda ser contactado en el evento de interrupción de servicio telefónico _____

MEDICINAS O CONDICIONES QUE REQUIEREN ATENCION SI EL NIÑO NECESITA CUIDADO NOCTURNO EN LA ESCUELA SON LOS SIGUIENTES: _____

(De 72 horas de medicación esencial y complete la forma requerida de "Autorización para Medicación".)

AUTORIZACION DE CUIDADO MEDICO DE EMERGENCIA: En el evento de una emergencia severa o un desastre natural tales como un temblor, reconozco que quizás no pueda ser contactado. Si ocurriera tal incidente, autorizo al Distrito Escolar de Seattle referir a mi hijo/a _____ como sea necesario para tratamiento médico. Es mi intención y entendimiento que esta autorización para servicios médicos pueda ser usada solo en casos de emergencia extrema, cuando los intentos por localizarme han fallado.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

Fecha de la Firma _____