

Pedido de información de emergencia y de salud

Nombre de la escuela: _____ Fecha: _____

PADRES/TUTORES: La escuela debe tener en su archivo información de emergencia para poder contactarlos. Por favor, escriba con claridad. Cada vez que cambie la información, notifique de inmediato a la escuela por escrito.

#ID estudiante Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Salón #

 Fecha nacimiento (mes/día/año) Domicilio del estudiante Teléfono del domicilio

Información confidencial Caja 1
Complete esta caja solamente si (1) refleja la situación de vivienda actual de su niño; O (2) si refleja tu situación de vivienda y eres un joven que no vive con un padre o tutor legal. (Tu respuesta ayudará al personal escolar con la matrícula y puede permitir que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja si está viviendo:
<input type="checkbox"/> en un apartamento/edificio abandonado <input type="checkbox"/> en un auto/parque/otro lugar público <input type="checkbox"/> en un hotel/motel <input type="checkbox"/> en la residencia de otro individuo o familia <input type="checkbox"/> en un refugio <input type="checkbox"/> en una ubicación de guarda temporaria
Note to School: If any box is checked, see the CPS Education of Homeless Children and Youth Policy (702.5).

Información de contacto de emergencia padre/tutor legal: Agregue contactos extra en el reverso de este formulario, si es necesario.

	Contacto padre/tutor	Contacto padre/tutor
Nombre del contacto		
Relación con el estudiante		
<i>Señale todo lo que corresponda:</i>	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recoger	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recoger
Dirección del domicilio, si es diferente a la del estudiante		
Teléfono del domicilio, si es diferente al del estudiante		
* Teléfono celular		
* Correo electrónico <i>* responda N/A si no está disponible</i>		
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del trabajo		

Nombre de un pariente o vecino que pueda ser notificado en una emergencia y tenga permiso para recoger al estudiante:

Nombre Dirección domicilio Teléfono # Relación

Información confidencial Caja 2
¿Hay alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto relacionada con este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Note to School: If "Yes" is checked, please follow the procedures of CPS Policy 704.4. Enter the information into the Legal Alert field and update contact information, as needed, in SIM.

Nombre, dirección y teléfono del Médico Familiar: Autorizo a que llamen al médico de mi familia, si es necesario, en una emergencia.

Seguro de salud del estudiante: (seleccione solamente uno de los tres)

Illinois Medical Card/All Kids: provea el número de ID médica del estudiante _____ (número de 9 dígitos ubicado en el reverso de la tarjeta)

Notiene seguro: ¿está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids? Sí No

Seguro de salud privado/del empleador: no se necesita información adicional

Certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

(Firma del padre/tutor)