

Pedido de Información de Emergencia y Salud

Nombre de la escuela: _____

PADRES/TUTORES: La escuela debe tener archivada información de emergencia que pueda ser usada para contactarlo. **Por favor escriba con letra clara.** Cada vez que haya un cambio en esta información, notifíquelo inmediatamente por escrito a la escuela.

 #ID Estudiante Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Salón #

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

Información confidencial Caja 1	Información confidencial Caja 2
Llene esta caja solamente si (1) refleja la situación actual de vivienda del niño; O (2) si refleja la situación de vivienda de un joven que no vive con un padre o tutor. (La respuesta ayudará al personal de la escuela con la matriculación y puede hacer que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja: <input type="checkbox"/> en un automóvil/otro lugar público <input type="checkbox"/> hogar compartido <input type="checkbox"/> en un hotel/motel <input type="checkbox"/> en un refugio <input type="checkbox"/> en alojamiento transitorio School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.	¿Exite alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No School Note: If "Yes," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in Legal Alert field and update contact information, as needed, in SIM.

Padre/Tutor e Información de Contacto de Emergencia: Agregue contactos extras en el reverso de este formulario, de ser 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 correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio <i>si es diferente a la del estudiante</i>		
Teléfono del domicilio, <i>si es diferente al del estudiante</i>		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del trabajo		
* Idioma para comunicación		
* CPS se comunica por teléfono. Escoja el idioma que se debe usar para comunicarse con usted. Los idiomas disponibles en este momento para comunicaciones masivas son inglés y español (nota: otros idiomas según disponibilidad).		

Nombre del familiar o vecino que puede ser notificado en una emergencia y está autorizado a recoger al estudiante:

 Nombre Dirección domicilio Teléfono # Relación

Nombre del médico de la familia, dirección y teléfono: Autorizo a que llamen a mi médico familiar, si es necesario, en caso de una emergencia.

Seguro de salud del estudiante: (escoja uno de los tres)

- Illinois Medical Card/All Kids: provea el número de ID médica del estudiante _____ (número de 9 dígitos que está en el reverso de la tarjeta)
- No tiene seguro: ¿Está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids? Sí No
- Seguro de salud privado/Seguro de salud del empleador: no se necesita información adicional

Hijos de personal militar (opcional)

- Como padre o tutor, ¿es usted miembro de alguna rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Sí No
- En caso afirmativo, ¿está usted desplegado en servicio activo o espera ser desplegado durante el año escolar? Sí No

Certifico que la información de este formulario es correcta:

 (Firma del padre/Tutor) (Fecha)