

NOMBRE DEL NIÑO/A _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCION _____ CUIDADO INFANTIL SI NO
NOMBRE DEL CUIDADO INFANTIL _____ TELEFONO _____
ORDEN DE RESTRICCIÓN: SI NO

PADRES/GUARDIAN INFORMACION DE CONTACTO

PADRE/GUARDIAN _____ TELEFONO DE HOGAR _____ CELULAR _____
LUGAR DE TRABAJO _____ TELEFONO DE TRABAJO _____

MADRE/GUARDIAN _____ TELEFONO DE HOGAR _____ CELULAR _____
LUGAR DE TRABAJO _____ TELEFONO DE TRABAJO _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____
NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

AUTORIZACION DE SEGURO Y TRATAMIENTO MEDICO

Como padres/guardián del estudiante mencionado arriba, nuestra firma en esta forma autoriza cualquier tratamiento médico en caso de emergencia por parte de un doctor y/o hospital, en caso de un accidente, enfermedad o lesión.

¿La persona encargada de la supervisión, tiene su permiso para buscar atención médica del doctor más cercano y/o hospital?
 SI NO

ALERGIAS SI NO TIPO DE ALERGIA/REACCIÓN _____
LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO NECESARIO _____
PROBLEMAS ESPECIALES DE SALUD/HANDICAP _____

Doctor de Casa: _____ Dentista de Casa: _____
Hospital Preferido: Tríos Kadlec Lourdes

YO DOY PERMISO PARA QUE MI NIÑO/A

1. Sea transportado/a en vehículo del Distrito y vehículo del personal para las actividades de ECEAP SI NO
2. Reciba tratamiento de primeros auxilios por el personal de ECEAP, en caso de lesiones pequeñas SI NO
3. Recibir tratamiento médico de emergencia, incluyendo cirugía por parte de doctores, dentistas, enfermeras, transportación, etc. SI NO
4. Que las copias o resúmenes de salud y registro de vacunas sean enviadas al distrito escolar donde su niño/a asistirá el próximo año, de acuerdo con las políticas de Distrito SI NO

YO DOY PERMISO AL PERSONAL DE ECEAP

5. Tomarle fotografías a mi niño/a para ser usadas solamente en las actividades del salón de clases (ejem: en el lugar donde se cuelga la chamara) SI NO
6. Tomarle fotografías/videos o usar el trabajo de mi niño/a, comentarios e información para la publicidad de ECEAP y para compartir información (ejem: Reuniones de padres, Talleres) sin restricciones a menos que estén escritas abajo. Yo renuncio a cualquier reclamo de pago por el uso de dicha fotografía/video Si la respuesta es No, Favor de llenar la forma de rehúsa a la publicidad SI NO

FIRMA _____

FECHA _____