Academia Católica Papa San Juan Pablo II	INFORMACIÓN DE EMERGENCIA / HISTORIA DE SALUD	Nombre Familiar:

Dirección: _____ Año Escolar: 2018-2019

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Primer Contacto: Padre Madre

Padre (nombre completo): _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

Madre (nombre completo): _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

En caso de una emergencia si no puede ser contactado, favor de listar a 2 personas para contactar.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Autorizo a la escuela a buscar tratamiento médico de emergencia a su discreción: SI NO

Firma Paternal: _____ Fecha: _____

* *

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Anteojos: S / N Contactos: S / N

Alergias: S / N Favor de especificar: _____ Alergias a Comidas: _____

Medicamentos: _____ Otras Alergias: _____

Asma: S / N Nombre del inhalador: _____ ¿Estudiante puede administrar el/ella mismo/a?: S / N

Trastorno por déficit de atención / Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / Espectro autista: S / N

¿Recibiendo tratamiento Médico?: S / N Medicamento: _____

Diabetes: S / N Migrañas: S / N Convulsiones: S / N Otras condiciones: _____

Medicamentos que su hijo/a toma regularmente: _____

Tenga en cuenta que esta información puede ser compartida con la facultad / el personal / personal de emergencia.
Por favor agrega estudiantes adicionales al lado reverso.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Anteojos: S / N Contactos: S / N

Alergias: S / N Favor de especificar: _____ Alergias a Comidas: _____

Medicamentos: _____ Otras Alergias: _____

Asma: S / N Nombre del inhalador: _____ ¿Estudiante puede administrar el/ella miso/a?: S / N

Trastorno por déficit de atención / Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / Espectro autista: S / N

¿Recibiendo tratamiento Médico?: S / N Medicamento: _____

Diabetes: S / N Migrañas: S / N Convulsiones: S / N Otras condiciones: _____

Medicamentos que su hijo/a toma regularmente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Anteojos: S / N Contactos: S / N

Alergias: S / N Favor de especificar: _____ Alergias a Comidas: _____

Medicamentos: _____ Otras Alergias: _____

Asma: S / N Nombre del inhalador: _____ ¿Estudiante puede administrar el/ella miso/a?: S / N

Trastorno por déficit de atención / Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / Espectro autista: S / N

¿Recibiendo tratamiento Médico?: S / N Medicamento: _____

Diabetes: S / N Migrañas: S / N Convulsiones: S / N Otras condiciones: _____

Medicamentos que su hijo/a toma regularmente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Anteojos: S / N Contactos: S / N

Alergias: S / N Favor de especificar: _____ Alergias a Comidas: _____

Medicamentos: _____ Otras Alergias: _____

Asma: S / N Nombre del inhalador: _____ ¿Estudiante puede administrar el/ella miso/a?: S / N

Trastorno por déficit de atención / Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / Espectro autista: S / N

¿Recibiendo tratamiento Médico?: S / N Medicamento: _____

Diabetes: S / N Migrañas: S / N Convulsiones: S / N Otras condiciones: _____

Medicamentos que su hijo/a toma regularmente: _____