

Olympic ESD Head Start / ECEAP / Early Head Start

Formulario Para Cuidado De Emergencia

Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Centro _____ A/M o P/M
 Domicilio _____ Ciudad/Código _____ # de teléfono _____
 Padre(s) _____ # de trabajo _____ mensaje o # celular _____
 Nombre y dirección donde trabaja _____

Contactos de emergencia & Permiso para levantar a su niño

Si tenemos una emergencia y no podemos comunicarnos, por favor llame a las personas apuntadas abajo. También doy mi permiso para que cada uno de ellos levante a mi niño de Head Start/ECEAP/Early Head Start. En el evento de un temblor u algún otro desastre, les proveo el nombre de una persona que no necesita cruzar el puente para llegar al salón de clase. Yo también entiendo que si el salón de clases de mi hijo esta ubicado en un edificio de una escuela primaria o si mi niño recibe servicios de transportación, que esta información será compartida con el personal del distrito escolar y su secretaria cuando sea necesario.

Nombre (Persona Local)	Domicilio	# de Teléfono	Relación

Nombre (Persona fuera del Estado)	Domicilio	# de Teléfono	Relación

Estado de Salud

Alergias _____
 Condiciones medicas corrientes _____
 Seguro medico _____ Hospital de preferencia _____
 Medicamentos que esta tomando actualmente _____
 Nombre de su doctor _____ / _____

Dentista	Domicilio	Teléfono

Consentimiento Para Tratamiento

Por favor lea las siguientes declaraciones y ponga sus iniciales en cada sección para indicarnos que entiende a lo que esta dando consentimiento

- _____ Doy permiso para que mi hijo/a reciba primeros auxilios por el personal docente o personal de emergencias entrenado para proveer tales cuidados si es el personal del Head Start/ECEAP/Early Head Start estima que esto es necesario.
 - _____ En una emergencia, si es estimado necesario por el personal del programa, doy mi autorización a Head Start/ECEAP/Early Head Start para que hagan arreglos de transportación para cuidado medico ya sea por medio de equipo de rescate o ambulancia a un medico, clínica o sala de emergencias a un hospital acreditado.
 - _____ Además, en caso que no puedan comunicarse con migo, doy consentimiento para que provean cuidados médicos, dentales, quirúrgico, hospitalización, tratamiento y procesos para mi niño por un doctor, dentista, u hospital cuando sea considerado o recomendado por un doctor para salvaguardar la salud de mi hijo/a.
- Instrucciones especiales Orden de restricción (Si chequea alguna casilla, por favor explique al reverso).

Firma del Padre/Encargado Legal _____ Fecha _____