

# 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	

<p style="text-align: center;"><b>Información confidencial Caja 1</b></p> <p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> aguarda ubicación en hogar adoptivo    <input type="checkbox"/> en un automóvil/otro lugar público</p> <p><input type="checkbox"/> hogar compartido    <input type="checkbox"/> en un hotel/motel    <input type="checkbox"/> en un refugio    <input type="checkbox"/> en alojamiento transitorio</p> <p><b>School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Información confidencial Caja 2</b></p> <p>¿Exite alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;"><b>School Note: If "Yes," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in Legal Alert field and update contact information, as needed, in SIM.</b></p>
---	--

**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		
<p><small>* 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).</small></p>		

**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)