

**ARQUIDIOCESIS DE ALLENTOWN**  
**Información para usarse en caso de Emergencia y Forma de Procedimiento.**

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Femenino** \_\_\_\_\_ **Masculino** \_\_\_\_\_  
Primer Nombre      Segundo Nombre      Apellido.

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Padres (Guardia) \_\_\_\_\_

Persona con quien el estudiante vive \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad, accidente o emergencia el estudiante inscrito arriba, la Arquidiócesis de Allentown y sus representantes están autorizados a proceder como esta indicado abajo (favor de completar con claridad la siguiente información y numero de cada punto 1,2,3 etc.; en el orden que usted desee que se tome acción).

Persona contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Persona contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Sí las personas de arriba no pueden ser localizadas, póngase en contacto con:

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Sí es posible, ponerse en contacto con el doctor de la familia.

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Lleven al estudiante, al Hospital de Emergencia más cercano \_\_\_\_\_

Otro (s) \_\_\_\_\_

La última inmunización de tétano e inyección de Booster: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Alergias:** (comidas, medicinas, insectos etc.) \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicina el estudiante? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si esta tomando alguna medicina favor de indicar el nombre de la medicina, cantidad, la razón y la prescripción del doctor:

Favor de indicar cualquier herida, cirugía reciente, prolongación de la enfermedad, medicinas, lentes correctivos o problemas especiales de salud que podamos informar al personal de emergencia para darle un mejor cuidado a su hijo ( a ) que requiere atención especial \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Medico \_\_\_\_\_

Numero de identificación o grupo del Seguro Medico \_\_\_\_\_

*Yo autorizo a la Arquidiócesis de Allentown y sus representantes que usen su mejor discernimiento en determinar el cuidado y procedimiento en caso de emergencia de mi hijo (a). Yo asumo todas las responsabilidades. Estoy de acuerdo que la Arquidiócesis no asumirá ninguna obligación o responsabilidad financiera por los gastos incurridos en el procedimiento, en cualquier caso de emergencia y transportación.*

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Padre /Guardia      Día      Mes      Año