

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL AÑO ESCOLAR
DISTRITO DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CONDADO DE LAKE
FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE Y REGRESAR EL PRIMER DÍA DE ESCUELA
SEDOL compartirá esta información con la compañía de transportación de su niño(a)

Nombre del Estudiante: _____ Maestro(a) _____ Programa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono de Guardería Infantil: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la escuela que asiste: _____ Distrito de la escuela donde reside el niño: _____

PADRE / TUTOR: _____ PADRE / TUTOR: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono Celular: _____

Empleo: _____ Empleo: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Si la escuela necesita estar informado de cualquier arreglo de custodia debido a un divorcio o otros arreglos,
mande una copia de la documentación de la corte con esta forma de emergencia.

Médico de la Familia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Convulsiones: Sí ___ No ___ Sí Contesta Sí, qué tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____

Alergias: Sí ___ No ___ Sí Contesta Sí, anote las alergias: _____

Describa la reacción: _____

(Shunt) Válvula en la cabeza: Sí ___ No ___ Localización: _____ Última Revisión: _____

¿Algunas cirugías en los últimos 12 meses? Sí ___ No ___ Sí contesta Sí, explique: _____

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses? Sí ___ No ___ Sí contesta Sí, explique: _____

¿Su niño(a) toma medicina diariamente en casa? Sí ___ No ___ Nombre de la medicina: _____

¿Qué medicina se da en la escuela? _____

Comentarios: _____

POR FAVOR ANOTE EN EL ESPACIO DE ABAJO TRES NOMBRES DIFERENTES:

PERSONA RESPONSABLE quien podría recoger a su niño(a) de la escuela en caso de enfermedad cuando los padres no se puedan localizar:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Persona Responsable quien podría tomar una decisión a cerca de su niño(a) en caso de una emergencia cuando ninguno de los padres o médico se puedan localizar:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de Emergencia Cerca de su Casa donde su niño(a) se pueda quedar cuando los padres no se encuentren en casa:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

YO DOY MI AUTORIZACIÓN A LOS DETALLES DE EMERGENCIA MENCIONADOS EN CASO DE QUE SEA NECESARIO UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA. DOY MI PERMISO PARA QUE MI NIÑO(A) SEA LLEVADO A UN DOCTOR O HOSPITAL MÁS CERCANO Y ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR TODAS LAS CUOTAS RELACIONADAS A LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS PROPORCIONADOS.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA MÉDICA PARA CONDUCTOR DE AUTOBUS

NOMBRE DE ESTUDIANTE (y apodo) _____

PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

COLOQUE UNA FOTO
ACTUAL DEL NIÑO(A)
AQUI

TIPO DE ASIENTO: (marque uno)

- Asiento de Carro Cinturón de Seguridad Chaleco de Seguridad (arnés)
 Silla de Ruedas Silla Booster

Precauciones de Levantar/Manejo (si hay): _____

LENGUAJE/ESCUCHAR/VISION:

- Lenguaje Primario _____ Impedimento de Vista/Ciego
 Se Comunica/Entiende Palabras Habladas No Es Verbal, Utiliza Fotos
 No Es Verbal Pero Entiende Palabras Habladas No Es Verbal, Usa Gestos
 Impedimento De Oído Y/O Usa El lenguaje De Signos Cuide Las Expresiones Del Niño(a)

COMPORTAMIENTO QUE PUEDE DEMOSTRAR EL NIÑO(A): (Comportamientos que se le puedan presentar al conductor y necesita responder como: patadas, llorar, golpearse la cabeza, etc.)

RESPUESTA SUGERIDA A LOS COMPORTAMIENTOS: (Que puede hacer el conductor para reducir el comportamiento como: ignorarlo, hablar en una manera calmada, etc.)

LAS SIGUIENTES COSAS PUEDEN OCURRIR DURANTE LA TRANSPORTACION QUE PUEDA ASUSTAR O MOLESTARLE A MI NIÑO(A):

LOS CONDUCTORES DEBEN TRATAR DE ASEGURAR/CALMAR AL ESTUDIANTE DE LA SIGUIENTE MANERA: (Esto puede incluir cantar, hablar bajo, cambiar el asiento asignado, etc.)

ARREGLOS PARA EL CUIDADO INFANTIL: (Nombre y dirección de la proveedora(s), favor de indicar días, horarios y ubicaciones)

¿Si su estudiante tiene 12 años o más, puede el estudiante ser dejado en casa sin que esté presente un padre? SI NO

FAVOR DE DESCRIBIR ALGUNA OTRA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA ABAJO:

NOMBRE/TELEFONO DEL MEDICO: (Quien tiene más información sobre esta condición) _____

(Voltear)