

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA EGUSD

Deporte del Otoño _____ Deporte del Invierno _____ Deporte de la Primavera _____

9 10 11 12 _____
Grado _____ Apellido _____ Primer Nombre _____ # de Identificación _____ Fecha de Nac. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Padre _____ Madre _____ Tel. del Hogar _____

Tel. del Empleo del Padre _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Tel. del Empleo de la Madre _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

En la ausencia del padre, la 2ª persona será contactada (vecina/amiga/familiar) _____ Tel.: _____

Yo soy la persona mencionada arriba, padre, familiar, guardián o padre adoptivo (encierre uno) Número de Licencia del Padre
Adoptivo _____

FAVOR DE INDICAR SU PREFERENCIA EN CASO DE ACCIDENTE O EMERGENCIA (MARQUE LA CASILLA 1 o 2)

1. En caso de un accidente u otra emergencia. Cuando un padre no está disponible, por la presente yo autorizo a un representante de la escuela para tomar las medidas que se consideren necesarias para que mi hijo reciba atención médica u hospitalaria, incluyendo el transporte. En tales circunstancias, aún más, yo autorizo al doctor cuyo nombre se encuentra a continuación, encargándose del cuidado y tratamiento de mi hijo como se considere necesario en caso dicho que el médico no esté disponible en ese momento. Yo autorizo a dicho tratamiento para ser realizado por cualquier doctor o cirujano. El firmante abajo se compromete en asumir los gastos ocasionados como consecuencia de lo anterior:

_____ # de Expediente Médico _____ Nombre del Doctor _____ # de Tel. del Doctor _____
Compañía Póliza de Seguro

2. Yo no escojo la declaración de arriba y deseo la siguiente acción: _____

X _____ X _____
Firma de la Madre _____ Fecha _____ Firma del Padre _____ Fecha _____