

**Delano Union School District
Child Development Program
Información para Casos de Emergencia**

Información sobre la familia

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____ Celular: _____

Nombre del padre: _____ Celular: _____

Dirección del niño _____ Número de teléfono: _____

Domicilio de trabajo de la madre: _____ Teléfono: _____

Domicilio de trabajo del padre: _____ Teléfono: _____

Médico que sea llamado en una Emergencia

Nombre _____ Teléfono: _____

Numero de Medí-Cal _____ Nombre del Seguro Médico _____

Numero del Seguro _____

Alergias u otras limitaciones médicos: _____

Permiso para tratamiento medico(Los procedimientos administrativos para proporcionar cuidados médicos en la ausencia de los padres varían entre el personal medico y entre los hospitales. Deberá verificarse con anticipación cual es el procedimiento exacto que usa el doctor o el hospital que atenderá al niño en caso de emergencia.)

En caso de accidente o de alguna emergencia autorizo a un empleado de la agencia para que lleve a mi niño al medico que se indica mas arriba o a la sala de emergencia del hospital mas cercano para que se le proporcione el tratamiento necesario o se tomen las medidas necesarias para la seguridad y la protección del niño. Yo pagare por los servicios.

Firma de los padres _____

Fecha _____

Firma de los padres _____

Fecha _____

Quien más aparte de los padres tiene autoridad para recoger al niño/a de la instalación. (Este niño no será permitido salir con ninguna persona que no está en la tarjeta de emergencia. El padre debe hacer las adiciones necesarias en avance.)

Las personas deberán ser por lo menos de 18 años de la edad.

Por favor no escriba a personas con el mismo número de teléfono.

NOTA: La persona que aparece en la tarjeta debe firmar en el column de firmas.

	Nombre	Firma	Relación	Teléfono
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				