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

Información confidencial Caja 1

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:

☐ aguarda ubicación en hogar adoptivo ☐ en un automóvil/otro lugar público

☐ hogar compartido ☐ en un hotel/motel ☐ en un refugio ☐ en alojamiento transitorio

School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.

Información confidencial Caja 2

¿Exite alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante?

☐ Sí ☐ No

School Note: If "Yes," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in *Legal Alert* field and update contact information, as needed, in SIM.

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		
Señale todo lo que corresponda:	☐ Vive con ☐ Recibe correos ☐ Emergencia ☐ Permiso para recogerlo	☐ Vive con ☐ Recibe correos ☐ Emergencia ☐ Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio *si es diferente a la del estudiante*		
Teléfono del domicilio, *si es diferente al del estudiante*		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del trabajo		
* Idioma para comunicación		

* 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).

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:

_____**(Firmra del padre/Tutor)**_____**(Fecha)**