



Pedido de Información de Emergencia y Salud



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. Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica.

| | | | |
|--|----------------------|-------------------------------|--------|
| NOMBRE DE LA ESCUELA | | #ID ESTUDIANTE | |
| APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | |
| DOMICILIO DEL ESTUDIANTE (incluya el número de unidad si corresponde) | | Ciudad | Estado |
| FECHA DE NACIMIENTO | SALÓN # | TELÉFONO DEL DOMICILIO | |

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CAJA 1

Llene esta caja solamente si (1) refleja la situación actual de vivienda del niño; 0 (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:

- 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 SIS.

Padre/Tutor e Información de Contacto de Emergencia: Agregue contactos adicionales en una página adicional, si es necesario.

| | CONTACTO PADRE/TUTOR | CONTACTO PADRE/TUTOR |
|---|--|--|
| Nombre del contacto | | |
| Relación con el estudiante | | |
| <i>Señale todo lo que corresponda:</i> | <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo |
| Dirección del domicilio <i>si es diferente a la del estudiante (incluya el número de unidad si corresponde)</i> | | |
| Teléfono del domicilio, <i>si es diferente al del estudiante</i> | | |
| 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 | RELACIÓN | TELÉFONO # |
| DIRECCIÓN DOMICILIO | | |

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.

| | | | | |
|-------------------|---|--------|--------|---------------|
| NOMBRE | DIRECCIÓN DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde) | Ciudad | Estado | Código postal |
| TELÉFONO # | | | | |

| | |
|---|--|
| SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE: (escoja uno de los tres) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> No tiene seguro: ¿Está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿está usted desplegado en servicio activo o espera ser desplegado durante el año escolar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
|---|--|

Firma del padre/Tutor

Certifico que la información de este formulario es correcta

Fecha