



# Formulario de información de emergencia y salud



**PADRES Y 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(S)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
DOMICILIO DEL ESTUDIANTE (incluya el número de unidad si corresponde)		Ciudad	Estado
Código postal			
FECHA DE NACIMIENTO	AULA #	TELÉFONO DEL DOMICILIO	

### INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CASILLA 1

Llene estas casillas solamente si (1) reflejan la situación actual de vivienda del niño; 0 (2) si reflejan 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:

- automóvil, parque, edificio abandonado, vivienda subestándar u otro lugar público
- hogar compartido
- hotel, motel, parque de caravanas o espacio para acampar
- refugio
- alojamiento transitorio

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

### INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CASILLA 2

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

SÍ  NO

¿Existe actualmente una orden inhibitoria o interdicto vinculada a este estudiante?

SÍ  NO

**School Note:** If "Si," 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.

	PADRE O TUTOR CONTACTO PRIMARIO	PADRE O TUTOR CONTACTO	PADRE O TUTOR CONTACTO
	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS <input type="checkbox"/> Requiere traductor _____	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS <input type="checkbox"/> Requiere traductor _____	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS <input type="checkbox"/> Requiere traductor _____
Nombre del contacto (nombre y apellidos)			
Relación con el estudiante			
Señale todo lo que corresponda:	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante (incluya el número de unidad si corresponde)			
Teléfono primario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono secundario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono terciario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Correo electrónico			
Nombre y dirección del patrono			
* 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 el inglés y el español (nota: otros idiomas según disponibilidad).

**Nombre del familiar, vecino amigo de familia o adulto de confianza que puede ser notificado en una emergencia y está autorizado a recoger al estudiante:**

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO #
DIRECCIÓN DEL 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 DE DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde)	Ciudad	Estado	Código postal
TELÉFONO #				

SEGURO MÉDICO 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 médico privado o proporcionado por el patrono: no se necesita información adicional

NIÑO 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

Firma del padre o Tutor

Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.