

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de madre: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: () _____ () _____
Casa Celular

Domicilio: _____
Nombre de calle # de apt. Ciudad Código postal

Nombre de padre: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: () _____ () _____
Casa Celular

Domicilio: _____
(Solo si es diferente) Nombre de calle # de apt. Ciudad Código postal

Información de empleo

Madre:

Nombre de empleador: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____
Nombre de calle Ciudad Código postal

Padre:

Nombre de empleador: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____
Nombre de calle Ciudad Código postal

Medico: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____
Nombre de calle Ciudad Código postal

Dentista: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____
Nombre de calle Ciudad Código postal

Autorizado para recoger: (Nombre completo y teléfono)

1. _____
2. _____
3. _____

*Puede incluir asta 3 personas, aparte de la madre y el padre.
Deben de ser mayor de 18 años y presentar una identificación válida.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA:

Como padre o representante autorizado doy permiso al Centro de niños de Isla Vista para obtener toda la atención medica o dental recetada por un doctor, dentista o osteópata para _____. Este cuidado puede ser dado bajo cualquier condición necesaria para preservar la vida, la integridad física y el bienestar del niño/a mencionado anteriormente. Si paramédicos aconsejan, el niño/a será transportado al Hospital Goleta Valley Cottage sala de emergencia.

El niño tiene las siguientes alergias: _____

Fecha

Firma de padre o de representante autorizado

FOR STAFF USE ONLY:

Date of enrollment: _____

Dental Ins: _____
Policy #: _____

Medical Ins: _____
Policy #: _____