

# Distrito Escolar de Filadelfia /School District of Philadelphia

## Formulario de contacto de emergencia /Emergency Contact Form

<b>Género/Sex</b>		<b>Grado/Grade)</b>		<b>Salón/Sección/Rm/Sec/Bk</b>	
<i>No. de identificación del estudiante /Student ID</i>		<i>Nombre del estudiante (Apellido, nombre) /Student's Name (Last Name, First Name)</i>		<i>Fecha de nacimiento/DOB</i>	
		<small>Mes/Mo.    Día/Day    Año/Yr.</small>		<i>No. de la escuela /School No.</i>	
<i>Dirección/Address</i>			<i>No. del apto./Apt. No)</i>		<i>Teléfono de casa/Home phone</i>
<i>Escriba el No. de Seguro Social del niño /Enter child's SSN</i>			<i>¿Este niño tiene seguro médico?/Does this child have health insurance? Sí/Y_____ No/N_____</i>		
<i>Nombre del médico o clínica del niño/Name of child's doctor/clinic</i>		<i>No. de teléfono/Telephone No.</i>		<i>Si usted respondió sí, abajo marque el proveedor de seguro médico apropiado /If yes, check the appropriate health insurance provider below</i>  <input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> Other	
<i>Nombre del dentista o clínica/Name of child's dentist/clinic</i>		<i>No. de teléfono /Telephone No.</i>			
<i>Primer contacto de emergencia (nombre completo) padre/madre/encargado/First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian</i>		<i>Relación al niño/Relationship to child</i>	<i>Teléfono durante el día/Daytime phone</i>	<i>Teléfono celular/Cell phone</i>	<i>Dirección de correo electrónico/Email Address</i>
<i>Segundo contacto de emergencia (nombre completo) /Second Emergency Contact (full name)</i>		<i>Relación al niño /Relationship to child</i>	<i>Teléfono durante el día /Daytime phone</i>	<i>Teléfono celular /Cell phone</i>	<i>Dirección de correo electrónico /Email Address</i>
<i>Tercer contacto de emergencia (nombre completo) /Third Emergency Contact (full name)</i>		<i>Relación con el niño /Relationship to child</i>	<i>Teléfono durante el día /Daytime phone</i>	<i>Teléfono celular /Cell phone</i>	<i>Dirección de correo electrónico /Email Address</i>

Para encontrar más documentos e información traducida al español, por favor vaya a: [www.philasd.org/language/spanish](http://www.philasd.org/language/spanish)

**Por favor, tenga en cuenta / Please note**

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es “SÍ”, por favor lleve este formulario al médico de su hijo y pídale que proporcione información detallada en inglés.

- 1. ¿Su hijo tiene alguna necesidad o problema que la escuela debe saber? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know? \_\_\_\_\_ Sí/ Yes \_\_\_\_\_ No**

Si la respuesta es **SÍ**, por favor pídale al médico de su hijo que proporcione información en inglés / *If YES, please ask your child's doctor to provide information in English*

---

- 2. ¿Su hijo toma algún medicamento?/ Does your daughter/son take any medication? \_\_\_\_\_ Sí/Yes \_\_\_\_\_ No**

Si la respuesta es **SÍ**, por favor pídale al médico de su hijo que proporcione información en inglés / *If YES, please ask your child's doctor to provide information in English*

---

- 3. ¿Su hijo necesita tomar medicamento en la escuela? / Does your daughter/son need to take medication at school? \_\_\_\_\_ Sí/Yes \_\_\_\_\_ No**

Si la respuesta es **SÍ**, por favor pídale al médico de su hijo que escriba en inglés / *If YES, please ask your child's doctor to write in English*

---

---

**Firma del padre/Parent Signature**

**Fecha/Date**