

ELIZA B. KIRKBRIDE ELEMENTARY SCHOOL

1501 South 7th Street
Philadelphia, PA 19147
215-952-6214

Información de Emergencia del Estudiante (en letra de imprenta clara)

Nombre del Estudiante /Student Name _____ Género /Gender __M__F Grado /Grade ____
(Apellido/Last) (Nombre /First)

Dirección/Address _____ Teléfono de casa/Home Phone _____

Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código Postal/Zip Code _____

Nombre de la Madre/Mother's Name _____ Teléfono del Trabajo /Work Phone _____

Teléfono Celular/Cell Phone _____

Nombre del Padre/Father's Name _____ Teléfono del Trabajo /Work Phone _____

Teléfono Celular/Cell Phone _____

Si no podemos comunicarnos con el padre o encargado en caso de enfermedad y/o accidente, la escuela está autorizada a dejar al estudiante salir con los siguientes adulto(s):/If unable to reach the parent in the event of illness and/or accident, the school is authorized to release the student to the following adult(s):

1. Nombre/Name _____ Relación/Relationship _____ Número de trabajo/Tel. _____

Teléfono Celular/Cell Phone _____

2. Nombre/Name _____ Relación/Relationship _____ Número de trabajo/Tel. _____

Teléfono Celular/Cell Phone _____

¿Su hijo(a) tiene alguna necesidad de salud o problemas que la escuela debe saber?/Does your child have any health needs or problems the school should know? Sí/Yes _____ No/No _____

Si su respuesta es **Sí**, por favor escriba /If YES, please list _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento? /Does your child take any medication? Sí/Yes _____ No/No _____

Si su respuesta es **Sí**, por favor escriba /If YES, please list _____

¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos en la escuela?/Does your child need to take medication at school?

Sí/Yes _____ No/No _____

Si su respuesta es **Sí**, por favor escriba/If YES, please list _____

¿Su hijo(a) tiene seguro médico en este momento? /Does your child have medical insurance at this time?

Sí/Yes _____ No/No _____

Si su respuesta es **Sí**, ¿cuál es el nombre de la aseguradora?/If YES, what is the name of the insurance? _____

Nombre del Médico/Physician's Name _____ Número de teléfono /Tel. _____

Nombre del Dentista /Dentist's Name _____ Número de teléfono /Tel. _____

Firma del Padre/Parent's Signature X _____ **Fecha/Date** _____