

**ROCKINGHAM COUNTY PUBLIC SCHOOLS**  
**Permiso de Cuidado de Emergencia**

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Número del Autobús: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono Particular: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleo de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono celular de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del Padre: \_\_\_\_\_

Sitio del Trabajo de la Madre: \_\_\_\_\_ Sitio del Trabajo del Padre: \_\_\_\_\_

Nombres de personas (además de los padres) en caso de enfermedad o emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, la escuela tiene nuestro permiso a llamar a nuestro doctor o dentista nombrado aquí:

\_\_\_\_\_ (Doctor) \_\_\_\_\_ (Teléfono)

\_\_\_\_\_ (Dentista) \_\_\_\_\_ (Teléfono)

En caso de emergencia cuando la escuela no puede ponerse en contacto con nosotros, la escuela tiene nuestro permiso a acompañar a nuestro hijo al doctor o al hospital a costa de nosotros. El doctor o hospital tiene nuestro permiso a proveer el tratamiento necesario para la salud de nuestro hijo.

1. Fecha de su última inyección de tétanos \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene alergias su hijo/a con algunas medicinas, comidas, o otras materias? Sí  No

Explicación: \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su hijo una de las condiciones siguientes diagnosticadas por un médico?

asma  diabetes  ataques epilépticos  alergias a picaduras de insectos

Medicina necesaria: \_\_\_\_\_

4. Medicinas que su hijo toma regularmente: \_\_\_\_\_

5. Otras condiciones médicas de que la escuela debe saber: \_\_\_\_\_

(Marque cada gve se aplica)  
Escuela/Privado Seguro  
Medicaid  
FAMIS

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre/Madre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**For School Use Only**  
Emergency Alert Form

**Favor de devolver todas las copias al Director.**