

TARJETA TEMPORAL DE INFORMACIÓN DEL MENOR
Estado de Delaware
Departamento de Servicios para Menores, Jóvenes y sus Familias

Información del Menor			
Nombre del menor:	Fecha de nacimiento:	Fecha de inscripción:	Fecha de baja:
Dirección del Menor:		Horas y días programados para que el menor asista:	
Información del Padre/Tutor (1)		Información del Padre/Tutor (2)	
Contacto de Emergencia/Autorizado para recoger al menor		Contacto de Emergencia/Autorizado para recoger al menor	
Nombre:		Nombre:	
Dirección, si es distinta a la del menor:		Dirección, si es distinta a la del menor:	
Teléfono residencial:	Celular:	Teléfono residencial:	Celular:
Teléfono del trabajo:	Horario de empleo:	Teléfono del trabajo:	Horario de empleo:
Nombre y dirección del empleador:		Nombre y dirección del empleador:	
Otros contactos de emergencia y personas autorizadas para recoger al menor			
Nombre:	Dirección:	Teléfono:	
Nombre:	Dirección:	Teléfono:	
Nombre:	Dirección:	Teléfono:	

Atención Médica de Emergencia

Yo, _____, el padre (o tutor legal) de _____, quien es mi menor de edad, autorizo por medio de la presente tratamiento médico de emergencia para mi menor en caso de que no pueda ser me pueda contactar para autorizar el tratamiento. Comprendo que seré económicamente responsable del costo de dicho tratamiento.

Transporte

Yo, _____, el padre (o tutor legal) de _____, quien es mi menor de edad, autorizo por medio de la presente que el licenciario/personal/sustituto transporte a mi menor.

Firma del padre/tutor

Fecha

Información Médica	
Nombre del médico del menor:	Teléfono de oficina:
Información médica especial, medicamentos, alergias, dieta:	Información de identificación del seguro de salud:

La información anterior es necesaria para la protección de su menor y se requiere que esta instalación la tenga. Mantenga esta información actualizada.

Instrucciones para el Padre/Tutor:

1. Llene los siguientes puntos, según corresponda, si su menor tiene una condición(es) que podría requerir atención médica de emergencia.
2. Si es necesario, solicite que el profesional de la salud de su menor revise la información que usted proporciona a continuación y firma y fecha donde se indica.

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Condición(es) Médica(s):

Medicamentos que su menor toma actualmente:

Fecha de la última vacuna de tétano de su menor: _____

Alergias/Reacciones: _____

Instrucciones Médicas de Emergencia

1. Signos/síntomas que buscar: _____
2. Si los signos/síntomas aparecen, haga esto: _____

3. Para prevenir incidentes: _____

OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ESPECIALES QUE PUEDAN NECESITARSE:

Comentarios

