



www.farmsforcitykids.org

EL CONTACTO de la EMERGENCIA & FORMA de HISTORIA de SALUD

Ser completado por un Padre o el Guardián (por favor impresión claramente):

Nombre de niño _____ Escuela _____
_Dirección _____ Ciudad _____ Estado __Codigo Postal _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Nombre de Padre/Guardián _____
Teléfono (hogar) _____ (trabajo) _____

El Contacto de la emergencia si padre/guardián no puede ser alcanzado:

Nombre _____ Relación _____
Teléfono (hogar) _____ (trabajo) _____
Compañía de Seguro de enfermedad: _____
Número de Certificado de seguro _____
Poseedor de política _____ La relación al Niño _____

HISTORIA de SALUD:

Por favor cheque si su niño ha experimentado el siguiente:

Infecciones de oreja _____ Desmayar _____ Hepatitis _____
Frecuente dolores de cabeza _____ Ataques _____ Tuberculosis _____
Desorden de riñón _____ Desorden de corazón _____ Cirugía _____
Varicela _____ Diabetes _____ *Asma _____
Duerma Andar _____ Otro _____
*¿Si usted verificó el Asma, utiliza el niño un nebulizador? _____

Alérgico A (por favor lista síntomas de la reacción alérgica)

El insecto pica _____ reacción _____
Alimentos _____ reacción _____
Drogas _____ reacción _____
Plantas _____ reacción _____
Otro _____ reacción _____

IMPORTANTE – DEBE SER COMPLETADO PARA ATTENDER

Esta historia de la salud es exacta según mi conocimiento y entender y el niño en esto descrito tiene el permiso de padre/guardián para entrar en todas actividades de la granja. En caso de un accidente o enfermedad graves, yo por la presente autorizo las Granjas para Niños de Ciudad para buscar la emergencia el cuidado médico inclusive el transporte a un centro médico. Yo por la presente autorizo al médico y el personal de la emergencia a administrar el cuidado que es creído necesario. Entiendo que cada esfuerzo será hecho para contactar familia/guardianes primero.

La firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____