



**FAMILIES FIRST
CHILD CARE**
DIRECTOR: BRENDA PROFITT
255 OLSEN ROAD
BOARDMAN OREGON
541-771-1554

FORMA DE EMERGENCIA

Nombre y Apellido del Niño: _____
 Fecha Nacimiento: _____
 Nombre y Apellido de la Madre (o Guardián): _____
 Dirección: _____ Teléfono: () _____
 Nombre y Dirección de Compañía: _____
 Horario: _____ Teléfono y ext. _____
 Telefono Celular: _____ Pager: _____
 Nombre y Apellido del Padre (o Guardián): _____
 Dirección: _____ Teléfono () _____
 Nombre y Dirección de Compañía: _____
 Horario: _____ Teléfono y ext. _____
 Cellular phone: _____ Pager: _____

SI LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS NO ESTÁN DISPONIBLES: Nombres y direcciones de las personas a contactar y a quienes se puede entregar al niño (debe dar tres contactos):

Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Nombre de Proveedor Medico _____
 Telefono: _____
 Direccion: _____

TARJETA DE SALUD DEL NIÑO# _____

¿Existen alergias conocidas, condiciones médicas o de salud que el proveedor deba conocer? Circule SÍ o NO. En caso afirmativo, describa:

Consentimiento de Padres de Familia: Si en algún momento, por circunstancias tales como accidente, enfermedad repentina o urgencia, se requiere tratamiento médico, éste podrá ser administrado, incluso anestésico, si fuera necesario, por un médico u hospital privado.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DEL PADRE/TUTOR(es decir, alergias, medicamentos en curso, restricciones para el tratamiento, etc.): _____

Firma del padre o Guardián

Fecha



Firma del padre o Guardián

**FAMILIES FIRST
CHILD CARE**
DIRECTOR: BRENDA PROFITT
255 OLSEN ROAD
BOARDMAN OREGON
541-771-1554

Fecha