



Education Collaborative
220 North Main Street, Suite 106, Natick MA 01760
508.620.3875 • 508.620.2897 fax • accept.org

Por favor complete toda la información solicitada y devuelva a Transportes ACCEPT.
ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO ANUALMENTE ANTES DE COMENZAR LOS SERVICIOS. ¡GRACIAS!

INFORMACION DE SALUD Y EMERGENCIA DE TRANSPORTE 2016-2017

Nombre del Estudiante: _____

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento
Domicilio (calle, ciudad y código postal) _____			
	Calle	Ciudad	Estado

Nombre padres/tutor: _____

Apellido	Nombre	Dirección de correo electrónico
TEL: Casa _____ Cel. _____ Trabajo _____		

Apellido	Nombre	Dirección de correo electrónico
TEL.: Casa _____ Cel. _____ Trabajo _____		

TEL.: Casa _____ Cel. _____ Trabajo _____

Por favor marque lo que sea apropiado	Si ha marcado, por favor explique
<input type="radio"/> Asma Inhalador Sí O No O	
<input type="radio"/> Alergias EPI-PEN Sí O No O	
<input type="radio"/> Problemas de conducta	
<input type="radio"/> Diabetes	
<input type="radio"/> Tubo Gástrico	
<input type="radio"/> Pérdida auditiva <input type="radio"/> Pérdida de Vista	
<input type="radio"/> Convulsiones / Epilepsia	
<input type="radio"/> Problemas para tragar	
<input type="radio"/> Incapacidades físicas	
<input type="radio"/> Otro	

Entiendo que se requiere se provea un auto o asiento de seguridad de acuerdo a las regulaciones del Manual:

¿Mi hijo/hija requiere un asiento para autos? Sí No

¿Mi hijo/hija requiere un asiento elevador? Sí No

Si su hijo/a es menor de 12 años deber tener supervisión de los padres para subir al vehículo en las mañanas y bajar por las tardes.

¿Si su niño es 12 o más años, puede él/ella ser dejado solo? No O Sí O

Importante: Si marcó Sí, esto indica que usted ha dado permiso para que su hijo/a esté solo en casa. Ni ACCEPT ni el distrito serán culpables de los incidentes que pudieran ocurrir después de que el alumno llegue a la parada.

He recibido el Manual de Transporte de ACCEPT No Sí

Entiendo que por motivos de seguridad y capacitación, deben existir dispositivos de audio/video dentro del vehículo:

Sí

CONTACTOS DE EMERGENCIA: (diferente del padre/tutor en caso en que los padres no se encuentren disponibles)

NOMBRE: _____ **PARENTESCO**

TELÉFONO CASA: _____ **CELULAR:** _____

TRABAJO: _____ **TELÉFONO:**

El médico que se nombra más arriba está autorizado a divulgar la información médica necesaria en caso de emergencia

Sí No

Los padres son responsables de notificar al Coordinador de Transporte ante cualquier cambio en la información brindada.

Firma padres/tutor: _____ **Fecha:** _____