



Apellido del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

# Tarjeta de Contactos Para Emergencias

Por favor complete ambos lados de este tarjeta. Abajo, por favor provee la información de contactos que podemos llamar en caso de una emergencia.

MAS

HMS

Grade \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

4. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_



Apellido del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

# Tarjeta de Contactos Para Emergencias

Por favor complete ambos lados de este tarjeta. Abajo, por favor provee la información de contactos que podemos llamar en caso de una emergencia.

MAS

HMS

Grade \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

4. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_



Apellido del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

# Tarjeta de Contactos Para Emergencias

Por favor complete ambos lados de este tarjeta. Abajo, por favor provee la información de contactos que podemos llamar en caso de una emergencia.

MAS

HMS

Grade \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

4. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_



Apellido del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

# Tarjeta de Contactos Para Emergencias

Por favor complete ambos lados de este tarjeta. Abajo, por favor provee la información de contactos que podemos llamar en caso de una emergencia.

MAS

HMS

Grade \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

4. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Apellido del niño	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra	Fecha de nacimiento / /
¿Tiene el niño seguros de salud? <b>SÍ / NO</b> En case afirmativo, nombre de la compañía de seguro de salud del niño			
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
El médico del niño		El número de teléfono del médico	
<b><i>Doy mi consentimiento para que el médico de mi hijo y el personal de Project Launch Newton para discutir la información en este formulario.</i></b>			
Firma/Fecha			
Condiciones médicas crónicas/cirugías relacionadas	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Medicinas/tratamientos	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Limitaciones a la actividad física	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Necesidades de equipos especiales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
<b>ALIMENTOS &amp; otras alergias</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Dieta especial/suplementos de vitaminas y minerales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Cuestiones de comportamiento/ diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Planes de emergencia	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	

Apellido del niño	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra	Fecha de nacimiento / /
¿Tiene el niño seguros de salud? <b>SÍ / NO</b> En case afirmativo, nombre de la compañía de seguro de salud del niño			
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
El médico del niño		El número de teléfono del médico	
<b><i>Doy mi consentimiento para que el médico de mi hijo y el personal de Project Launch Newton para discutir la información en este formulario.</i></b>			
Firma/Fecha			
Condiciones médicas crónicas/cirugías relacionadas	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Medicinas/tratamientos	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Limitaciones a la actividad física	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Necesidades de equipos especiales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
<b>ALIMENTOS &amp; otras alergias</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Dieta especial/suplementos de vitaminas y minerales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Cuestiones de comportamiento/ diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Planes de emergencia	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	

Apellido del niño	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra	Fecha de nacimiento / /
¿Tiene el niño seguros de salud? <b>SÍ / NO</b> En case afirmativo, nombre de la compañía de seguro de salud del niño			
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
El médico del niño		El número de teléfono del médico	
<b><i>Doy mi consentimiento para que el médico de mi hijo y el personal de Project Launch Newton para discutir la información en este formulario.</i></b>			
Firma/Fecha			
Condiciones médicas crónicas/cirugías relacionadas	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Medicinas/tratamientos	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Limitaciones a la actividad física	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Necesidades de equipos especiales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
<b>ALIMENTOS &amp; otras alergias</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Dieta especial/suplementos de vitaminas y minerales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Cuestiones de comportamiento/ diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Planes de emergencia	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	

Apellido del niño	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra	Fecha de nacimiento / /
¿Tiene el niño seguros de salud? <b>SÍ / NO</b> En case afirmativo, nombre de la compañía de seguro de salud del niño			
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
Nombre de padre/guardián	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo/móvil	
El médico del niño		El número de teléfono del médico	
<b><i>Doy mi consentimiento para que el médico de mi hijo y el personal de Project Launch Newton para discutir la información en este formulario.</i></b>			
Firma/Fecha			
Condiciones médicas crónicas/cirugías relacionadas	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Medicinas/tratamientos	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Limitaciones a la actividad física	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Necesidades de equipos especiales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
<b>ALIMENTOS &amp; otras alergias</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Dieta especial/suplementos de vitaminas y minerales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Cuestiones de comportamiento/ diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	
Planes de emergencia	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunta	Indique todas:	