



South Bergen Jointure Commission

Emergency Information Verification Form

_____		_____		M	F
Child's Name		Date of Birth		Sex	
_____		_____			
Parent's/Guardian's Name		Parent's/Guardian's Name			
_____		_____		_____	
Home Phone	Work Phone	Home Phone	Work Phone		
_____		_____			
Address		Address			
_____		_____			
City, ST ZIP Code		City, ST ZIP Code			

Alternative Emergency Contacts

_____		_____	
Primary Emergency Contact		Secondary Emergency Contact	
_____		_____	
Relationship to Child		Relationship to Child	
_____		_____	
Home Phone	Work Phone	Home Phone	Work Phone
_____		_____	
Address		Address	
_____		_____	
City, ST ZIP Code		City, ST ZIP Code	

Medical Information

<p>Health Information:</p> <p>Medical alerts/allergies:</p> <p>Receives daily medication during school hours (Y / N)</p> <p>Wears glasses and/or contact lenses (Y / N)</p>	<p>This student's health information may be shared with pertinent school staff if necessary to maintain well being and safety.</p> <p>Parent/Guardian will call the school if student will be absent or late.</p> <p>_____ Signature</p> <p>_____ Date</p>
---	--

Hospital/Clinic Preference

_____	_____
Physician's Name	Phone Number
_____	_____
Dentist's Name	Phone Number
_____	_____

Does your child have health insurance? If yes, what is the name of the insurance company?

Please sign here to indicate that we have your permission to call the physician listed or to have your child taken to the hospital when you are not available or in an emergency.

_____	_____
Parent's/Guardian's Signature	Date

NJ Familycare provides free or low cost health insurance to uninsured and certain low income parents. For more information call 1-800-701-0710 or visit www.nifamilycare.org to apply online. You may release my name and address to NJ Familycare program to contact me about health insurance.

_____	_____
Parent's/Guardian's Signature	Date



South Bergen Jointure Commission

Formulario de verificación de información de emergencia

El nombre del niño		Fecha de nacimiento		M	F
				Sexo	
Nombre del padre / tutor		Nombre del padre / tutor			
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo		
Dirección		Dirección			
Ciudad, código postal ST		Ciudad, código postal ST			

Contactos de emergencia alternativos

Contacto de emergencia primario		Contacto de emergencia secundario	
Relacion hacía el niño		Relacion hacía el niño	
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo
Dirección		Dirección	
Ciudad, código postal ST		Ciudad, código postal ST	

Información médica

<p>Información de salud:</p> <p>Alertas médicas / alergias:</p> <p>Recibe medicamentos diariamente durante el horario escolar (S / N)</p> <p>Usa lentes y / o lentes de contacto (S / N)</p>	<p>La información de salud de este estudiante se puede compartir con el personal escolar pertinente si es necesario para mantener el bienestar y la seguridad.</p> <p>El padre / tutor llamará a la escuela si el estudiante estará ausente o tarde.</p> <p>_____</p> <p>Fecha y firma</p>
--	--

Hospital / Preferencia Clínica

Nombre del médico	Número de teléfono
Nombre del dentista	Número de teléfono
¿Su hijo tiene seguro de salud?	En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros?

Firme aquí para indicar que tenemos su permiso para llamar al médico que figura en la lista o para llevar a su hijo al hospital cuando no esté disponible o en caso de emergencia.

Firma del padre / tutor	Fecha
-------------------------	-------

NJ Familycare ofrece seguro de salud gratuito o de bajo costo para padres sin seguro y ciertos padres de bajos ingresos. Para obtener más información, llame al 1-800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para realizar la solicitud en línea. Puede divulgar mi nombre y dirección al programa NJ Familycare para contactarme sobre el seguro de salud.

Firma del padre / tutor	Fecha
-------------------------	-------