

Distrito Escolar del Condado de Cobb
TARJETA CLINICA

SPANISH

Por favor escriba con tinta

Grado: _____ Maestro: _____ Escuela y Año: _____

Nombre del Estudiante: _____ M F Fecha Nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Teléfono Casa: _____
Calle Ciudad Código Postal

Nombre de los padres/tutores con los que vive el estudiante:

Nombre	Relación	Teléfono Casa	Teléfono Cel.	Teléfono Trabajo
--------	----------	---------------	---------------	------------------

Nombre	Relación	Teléfono Casa	Teléfono Cel.	Teléfono Trabajo
--------	----------	---------------	---------------	------------------

Nombres Hermanos: _____ Escuela: _____ Nacimiento: _____

_____ Escuela: _____ Nacimiento: _____

Problemas de Salud: _____

Alergias: Si/No Enumere: _____

Enumere Medicaciones Diarias: _____

COMUNICADO AUTORIZACION MEDICA: Por la presente autorizo a las escuelas del Condado de Cobb, a buscar asistencia médica de emergencia para mi hijo(a) en caso que no se pueda localizar los padres o tutores. Asumo completa responsabilidad por todos los cobros relacionados con lo anterior.

Firma Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Rev. 5/11/15
Translated by IWC

Distrito Escolar del Condado de Cobb
TARJETA CLINICA

SPANISH

Por favor escriba con tinta

Grado: _____ Maestro: _____ Escuela y Año: _____

Nombre del Estudiante: _____ M F Fecha Nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Teléfono Casa: _____
Calle Ciudad Código Postal

Nombre de los padres/tutores con los que vive el estudiante:

Nombre	Relación	Teléfono Casa	Teléfono Cel.	Teléfono Trabajo
--------	----------	---------------	---------------	------------------

Nombre	Relación	Teléfono Casa	Teléfono Cel.	Teléfono Trabajo
--------	----------	---------------	---------------	------------------

Nombres Hermanos: _____ Escuela: _____ Nacimiento: _____

_____ Escuela: _____ Nacimiento: _____

Problemas de Salud: _____

Alergias: Si/No Enumere: _____

Enumere Medicaciones Diarias: _____

COMUNICADO AUTORIZACION MEDICA: Por la presente autorizo a las escuelas del Condado de Cobb, a buscar asistencia médica de emergencia para mi hijo(a) en caso que no se pueda localizar los padres o tutores. Asumo completa responsabilidad por todos los cobros relacionados con lo anterior.

Firma Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Rev. 5/11/15
Translated by IWC