



# Unidad Intermedia de Carbon Lehigh #21 [CLIU #21]

4210 Independence Drive  
Schnecksville, PA 18078-2580

**Elaine E. Eib, Ed.D.**  
Director Ejecutivo

**Kimberly A. Talipan**  
Asistente del Director Ejecutivo

610-769-4111  
800-223-4821  
Fax 610-769-1290  
www.cliu.org

 facebook.com/CarbonLehighIntermediateUnit21

 @CLIU21

 youtube.com/user/CarbonLehigh

## **CONNECTED**

**(Información de Emergencia, Permiso para Liberar la Forma de Emergencia, y Datos Médicos) (Por Favor Imprima)**

**(Apellido de Niño) (Primero) (Segundo)**

(Dirección de Calle)

(La Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Fecha de Nacimiento)

(Teléfono)

**(Nombre del Professor)**

Lista de contactos de emergencia que han aceptado ser contactado en relación con el bienestar de su hijo y que pueden ser autorizados a recoger a su hijo a la escuela o recibir a su hijo de transporte.

1. \_\_\_\_\_  
(Nombre)

(Dirección)

(Teléfono)

2. \_\_\_\_\_  
(Nombre)

(Dirección)

(Teléfono)

3. \_\_\_\_\_  
(Nombre)

(Dirección)

(Teléfono)

**(Apellido de Madre/Tutor) (Primero) (Segundo)**

(Dirección de Calle)

(La Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Teléfono de la Casa de Madre/Tutor) (Teléfono Celular de Madre/Tutor)

(Dirección de Correo Electrónico de la Madre/Tutor)

(Empleador de Madre/Tutor)

(Teléfono de Empleador)

**(Apellido de Padre/Tutor) (Primero) (Segundo)**

(Dirección de Calle)

(La Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Teléfono de la Casa de Padre/Tutor) (Teléfono Celular de Padre/Tutor)

(Dirección de Correo Electrónico del Padre/Tutor)

(Empleador de Padre/Tutor)

(Teléfono de Empleador)

**(Historial Médico)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(continúa en la página siguiente)

*Ayudar a los Niños a Aprender*  
"CLIU es una agencia de servicio comprometidos a Ayudar a los Niños a Aprender."

Por favor, no imprima más allá de esta línea.

Por favor, no imprima más allá de esta línea.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**CONNECTED**

**(Información de Emergencia, Permiso para Liberar la Forma de Emergencia, y Datos Médicos, continuado)** (Por Favor Imprima)

**PERMISO PARA LIBERAR LA FORMA DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia, CLIU pondrá en contacto con el personal de emergencia 911.

Yo doy permiso para que la forma de emergencia de mi hijo sea dado al equipo médico en caso de una emergencia.

- Yo doy mi permiso
- Yo no doy mi permiso

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Padre o Tutor/Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DATOS MÉDICOS**

\_\_\_\_\_  
(Medicamentos que el Niño esté Tomando Ahora)

\_\_\_\_\_  
(Médico o Pediatra del Niño)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del Médico o Pediatra)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono del Médico o Pediatra)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Seguro Médico del Asegurado)

\_\_\_\_\_  
(Compañía de Seguro Médico)

\_\_\_\_\_  
(Seguro Médico o Asistencia Médica #)

\_\_\_\_\_  
(Alergias o Problemas Crónicos (asma, alergias, soplo en el corazón, diabetes, etc))

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, no imprima más allá de esta línea.

Por favor, no imprima más allá de esta línea.