

ST. JOHN THE EVANGELIST / OUR LADY OF MOUNT CARMEL  
WHITE PLAINS, NY 10601

**FAMILIAS NUEVAS – por favor entregue este formulario ANTES del 1ro de AUGUSTO, 2018**

Se debe llenar un formulario para cada niño matriculado

**Información del Niño(a) - 2018-19**

**Nombre completo del niño(a), tal y como aparece en el Certificado de Bautismo:**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Niño o Niña (circule uno)

¿Fue bautizado el niño? Si o No (circule uno)

Entrega la copia del Certificado de Bautismo con este formulario? Si o No (circule uno)

**Si la parroquia de Bautizo esta en otro país, teléfono o correo electrónico de esa parroquia:**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la Madre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Dirección (solo si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor legal: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

El niño reside con: \_\_\_\_\_

(ejemplo: Padre y Madre, solo con el Padre, solo con la Madre, con otro familiar – especifique con quien)

¿Existe una orden judicial que limite el acceso a uno de los padres sin custodia?

\_\_\_ Si \_\_\_ No En caso afirmativo, indique el nombre del Padre o Madre sin custodia:

Nombre del Padre, Madre o Sustituto que traerá y recogerá a el niño del Programa:

\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño necesidades especiales de aprendizaje o problemas de aprendizaje?

¿Hay alguna información adicional que debamos saber sobre su niño?

ST. JOHN THE EVANGELIST / OUR LADY OF MOUNT CARMEL  
WHITE PLAINS, NY 10601

Información Sobre el Niño \_\_\_\_\_  
(Nombre del Niño)

**En Caso de Emergencia:**

Si los padres o tutor no pueden ser localizados, comunicarse con la siguiente persona: *(Proveer la información específica del contacto durante el período de la sesión de Educación Religiosa)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Médico in caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Consultorio Médico: \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas Especiales:

Procedimientos que deben ser seguidos si la anterior condición presenta una emergencia:

Yo entiendo que en caso de una emergencia el "911" será llamado y tal vez una ambulancia sea llamada por el Director de Educación Religiosa o por su designado.

En caso de un accidente o enfermedad, solicito que el representante del Programa de Educación Religiosa se ponga en contacto conmigo. Si no puedo ser localizado(a), por este medio, autorizo a la persona indicada arriba a llamar al médico que señalo en este formulario y a seguir sus instrucciones medicas. Si no es posible ponerse en contacto con este médico, el representante del programa de catequesis parroquial podrá hacer los arreglos que estime necesarios. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de cualquier diagnóstico, tratamiento médico o medicamento que se considere necesario.

De acuerdo a mi conocimiento, toda la información presentada aquí es correcta y completa. Con mi firma abajo doy mi consentimiento y autorizo los procedimientos necesarios que han sido mencionados anteriormente.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del Niño** \_\_\_\_\_  
(Nombre del Niño)

**Acuerdo Para Ser Utilizado en caso de que un Niño Tenga Alergias**

¿El niño tiene alergias? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

Lista de alergias:

Modo de proceder en caso de que la alergia presente emergencia:

**Padre/Madre y el Director de Educación Religiosa están de acuerdo en lo siguiente:**

¿Qué medicamento será administrado? \_\_\_\_\_

¿Quién administrará la medicación?

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona)

\_\_\_\_\_  
(Función de la persona)

¿Dónde se mantendrá este medicamento de manera que sea fácilmente disponible?

¿Qué otras acciones serán tomadas?

¿Por quién? \_\_\_\_\_

**Cuando un medicamento se es administrado de emergencia, el "911" será llamado sin excepción.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Director de Educación Religiosa: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de cualquier otra persona involucrada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_