



DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

# EDUCATION

## INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL PERSONAL/LOS VOLUNTARIOS

*Título 5A de las Regulaciones Municipales del DC, capítulo 1, 131.5 (e-f): El titular de la licencia deberá mantener un registro de cada integrante del personal, incluidos los empleados remunerados y los voluntarios cuyas actividades impliquen el cuidado o la supervisión de menores en una instalación o el acceso no supervisado a menores que son cuidados o supervisados en una instalación, que incluirá información sobre el seguro de médico actual y los nombres y números de teléfono del médico de cabecera con licencia del integrante del personal y de una persona de contacto en caso de emergencia.*

Instalación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Número

Calle

Dpto. (si corresponde)

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

### Marque una:

Tengo un seguro

No tengo seguro

Compañía de seguros médicos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### *Persona de contacto en caso de emergencia:*

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número

Calle

Dpto. (si corresponde) Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_

**CONSERVE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS.**