**FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA PARA EMPLEADOS**

| INFORMACIÓN DEL EMPLEADO |
| --- |
| NOMBRE DEL EMPLEADO |  | ID DE EMPLEADO |  |
| SSN |  | POSICIÓN |  |
| DIRECCIÓN |  | TELÉFONO 1 |  |
|  | TELÉFONO 2 |  |
|  | CORREO ELECTRÓNICO |  |
|  | FECHA DE FINALIZACIÓN |  |
| CONTACTOS DE EMERGENCIA |
| CONTACTO 1 NOMBRE |  | RELACIÓN |  |
| TELÉFONO 1 |  | TELÉFONO 2 |  |
| DIRECCIÓN |  |
| CONTACTO 2 NOMBRE |  | RELACIÓN |  |
| TELÉFONO 1 |  | TELÉFONO 2 |  |
| DIRECCIÓN |  |

|  |
| --- |
| **COMENTARIOS** Proporcione detalles para cualquier información médica o personal que desee que se comparta con un proveedor de atención de emergencia. |
| ALERGIAS |  |
| ALERGIAS A MEDICAMENTOS |  |
| MEDICAMENTOS QUE SE TOMAN ACTUALMENTE |  |
| OTRO |  |

| INFORMACIÓN DE CONTACTO MÉDICO |
| --- |
| NOMBRE DEL MÉDICO |  | TELÉFONO |  |
| NOMBRE DEL DENTISTA |  | TELÉFONO |  |
| HOSPITAL PREFERIDO |  | TELÉFONO |  |

|  | La información anterior se ha proporcionado voluntariamente, y autorizo el contacto en mi nombre en caso de una emergencia. |
| --- | --- |

| FIRMA DEL EMPLEADO |  | FECHA |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A** |  | **REC'D POR** |  | **FECHA REC'D** |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**Cualquier artículo, plantilla o información proporcionada por Smartsheet en el sitio web es solo para referencia. Si bien nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos representaciones o garantías de ningún tipo, expresas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, artículos, plantillas o gráficos relacionados contenidos en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |