

TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Contacto de Emergencia / Consentimiento Médico (Ver el Reverso)

Office Use Only
 CSIS
 Date Enrolled
 MEDICAL
 CUSTODY
 SPECIAL NEEDS

ESTUDIANTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Masculino _____
 Femenino Maestro(a)/Consejero(a) _____

Domicilio (Residencia Principal) _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____

Teléfono de Casa _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Domicilio Postal, si es diferente de la anterior _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____

Vive con: Ambos Padres Madre Padre Guardián Legal
 ¿Cambió el Domicilio? No Sí Si cambió, por favor contacte a la escuela.

PADRE/GUARDIÁN

Apellido _____ Nombre _____

Correo Electrónico _____ Empleador _____

Domicilio, si es diferente de la anterior _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Celular _____ Beeper _____

PADRE/GUARDIÁN

Apellido _____ Nombre _____

Correo Electrónico _____ Empleador _____

Domicilio, si es diferente de la anterior _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Celular _____ Beeper _____

¿Hay alguna orden de custodia/visita REQUERIDA POR EL TRIBUNAL que limite el acceso a este estudiante? No Sí Si es así, por favor adjunte la FORMA LEGAL.

Otros niños en la casa: _____ | _____ | _____
 Nombre Grado Escuela

_____ | _____ | _____
 Nombre Grado Escuela

Idiomas que se hablan en casa: 1. _____

2. _____

CONTACTOS AUTORIZADOS

Por favor, enliste los nombres de familiares/vecinos/amigos en proximidad a la escuela a quienes podamos contactar o entregar a su niño(a) en caso de que no podamos comunicarnos con Ud. **NINGÚN ESTUDIANTE SERA ENTREGADO A NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEAN LOS PADRES DE FAMILIA, GUARDIANES O ADULTOS ENLISTADOS EN ESTA TARJETA.** Al seleccionar a alguien a quien Ud. Autorize la entrega de su niño(a), considere: [a] ¿Se sentirá su niño(a) seguro y cómodo con esta persona y familia? [b] ¿Podrá esta persona cuidar a su niño por varios días? [c] ¿Está preparada esta persona para atender la necesidades médicas especiales que tiene su niño(a)?

Yo/nosotros autorizo/mos la entrega del/la estudiante mencionado(a) arriba a la(s) siguiente(s) persona(s) en caso de enfermedad, lesión, evacuación o emergencia que pueda ocurrir mientras los estudiantes están en la escuela.

Nombre	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono Celular o del Trabajo
Contacto fuera del estado:			

Yo declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta. Yo notificaré al personal de la escuela inmediatamente de cambios que pudieran ocurrir en la información precedente.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____ Relación _____

Continuar al Reverso ⇨

TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Información Médica y Consentimiento

ESTUDIANTE

Apellido _____

Nombre _____

Segundo Nombre _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

Medicinas: ¿Requiere su niño(a) medicinas? No Sí

Si su niño(a) necesita medicinas en la escuela, todas las medicinas que se envíen a la escuela deben estar en el envase original de la receta, con la fecha actual y el nombre del/la niño(a). Un formulario de "Autorización para Administrar Medicinas" debe estar en su archivo. Para emergencias, por favor entregue a la oficina de la escuela una provisión de medicinas para tres días, en el mismo formato, junto con el formulario verde de "Medicinas de Emergencias para 72 Horas". Ambos formularios están disponibles en la oficina de la escuela.

Medicina	Dosis	Horario

Información del Seguro Médico: *Por favor marque la casilla apropiada.*

- Seguro Médico Familiar Healthy Families California Kids
 Medi-Cal # _____ Sin Seguro Médico

Doctor/Proveedor de Salud _____ Teléfono _____

Plan de Salud/Nombre del Grupo _____ Póliza # _____

Dentista _____ Teléfono _____

Problemas de la Visión/Auditivos:

- Usa lentes/Lentes de contacto: para ver el pizarrón para leer todo el tiempo
Fecha del último examen de la vista _____ Usa audífono(s)

Condiciones Médicas: *Por favor marque las casillas apropiadas si su niño(a) tiene alguna de las siguientes:*

- Alergias severas que necesitan: Epi-pen Benadryl
 A Comidas/Ambientales Picaduras de Insectos/de Abejas Medicinas/Drogas Otras

Por favor explique: _____

- Asma en el presente Si lo marcó, usa inhalador toma medicina a diario
 Tiene convulsiones Si lo marcó, ¿toma medicinas? Sí No
 Diabetes Si lo marcó, ¿depende de la insulina? Sí No

Problemas de conducta: _____

Limitaciones de movimiento: _____

Otra (por favor explique): _____

Enfermedad reciente, hospitalización o cirugía. Si lo marcó, por favor provea fecha(s) y descripción(es):

Condición médica que pueda necesitar cuidado o acomodaciones en la escuela (por favor describa):

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

Yo/nosotros, padre/madre/guardián de _____

un menor, por medio de la presente doy/damos autorización y consentimiento a la escuela para obtener cuidado médico de emergencia y transportación necesaria, incluyendo examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o de cirugía y hospitalización de emergencia, el cual se considera aconsejable y es provisto bajo la supervisión médica general o específica del personal de la sala de emergencias autorizado bajo las provisiones del acta de la práctica de medicina y del Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Se entiende que se harán todos los esfuerzos para contactar al abajo firmante antes de dar tratamiento al estudiante, pero ninguno de los tratamientos descritos arriba serán retenidos si no es posible comunicarse con el abajo firmante o los adultos autorizados.

_____ es el hospital que yo/nosotros preferimos para el tratamiento médico de emergencia de mi/nuestro(a) niño(a).

Yo/nosotros entendemos que el distrito escolar no provee seguro médico/de accidentes a los estudiantes, y yo/nosotros también entendemos que todos los gastos relacionados con el tratamiento médico serán mi/nuestra responsabilidad y no del distrito escolar.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____

Fecha _____

PERMISOS ESCOLARES

EPI-PEN

En caso de una reacción alérgica potencialmente fatal, yo autorizo al personal capacitado de la escuela a dar tratamiento de emergencia.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____

Fecha _____

Fotografía

Bajo el Acta Federal de Derechos y Privacidad Educacional de la Familia y las Secciones del Código Educacional de California 49076 y 49067(b), las fotografías deben ser tratadas como documentos del alumno. Yo por medio de la presente doy mi permiso a la Escuela Alexander Valley para que tomen fotografías de mi niño(a) en una actividad escolar o de la clase. Doy mi permiso adicional para que tomen la fotografía de mi niño(a) en una actividad escolar, de la clase y en forma grupal dentro y fuera de la escuela. Doy mi permiso adicional para permitir que estas fotografías sean usadas en relación con actividades escolares como en, pero no limitadas a actividades el aula, los periódicos locales, y el anuario escolar.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____

Fecha _____