

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

(Apellido)

(Primer nombre) (Segundo nombre)

Año escolar: \_\_\_\_\_

Tarjeta de Emergencia Estudiantil

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

**Información del estudiante**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Número de teléfono primario/casa: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

**Información para padres / tutores**

Padre / Guardián 1

Padre / Guardián 2

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia**

Si el niño mencionado anteriormente se enferma, requiere atención médica o debe ser evacuado debido a una emergencia / desastre y no se puede comunicar conmigo, las autoridades escolares tienen mi permiso para contactar y dejar ir a mi hijo bajo el cuidado y la custodia de uno de los siguientes.

**TENGA EN CUENTA: todas las personas que recogen a niños DEBEN proporcionar una identificación con foto válida o su hijo no será liberado.**

1) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular/Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

2) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular/Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

3) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular/Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

**Información de hermanos**

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
1. _____			2. _____		
3. _____			4. _____		

**Información médica**

MARQUE LOS CUADROS A CONTINUACIÓN SI SU HIJO ACTUALMENTE TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

Asma (Requiere inhalador)  Diabetes  Anemia falciforme  Alergias severas (Require Epi-pen)

Trastorno convulsivo (Fecha de última convulsión: \_\_\_\_\_)  Fibrosis quística  Otro: \_\_\_\_\_

Si seleccionó el trastorno convulsivo, ¿qué tipo de convulsiones tuvo / tiene su hijo?: \_\_\_\_\_

Indique cualquier medicamento que su hijo debe tomar durante el horario escolar: \_\_\_\_\_

NOTA: El médico debe completar los formularios de autorización médica anualmente para cualquier medicamento / procedimiento requerido durante el horario escolar.

**Información de preparación para desastres**

Proporcionaré un suministro de 3 días de medicamentos a la escuela (con órdenes médicas actuales) para emergencias:  Sí  No  N/A Mi hijo tiene

procedimientos o necesidades especiales de cuidado:  Traqueostomía  Alimentación GT  Cateterizaciones  Contacto de emergencia por incidente con silla de ruedas (fuera de California o fuera del área de la bahía):

1) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular/Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Si mi hijo necesita ser llevado a una instalación de emergencia, él / ella puede ser llevado a la más cercana. Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares tomen las medidas adecuadas para la seguridad y el bienestar de mi hijo. Entiendo que seré financieramente responsable.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_