

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COLTON

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA ESTUDIANTIL



Favor de llenar esta información solicitada completamente y precisamente

(USO DE LA OFICINA SOLAMENTE) DATE: _____ TEACHER: _____ GRADE _____ STUDENT ID# _____

Información del estudiante

Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Grado:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario		# de contacto del estudiante: <input type="checkbox"/> Cel. del estudiante <input type="checkbox"/> Cel. de un padre <input type="checkbox"/> Tel. de casa <input type="checkbox"/> Estudiante puede recibir notificaciones por texto	
DIRECCIÓN DE HOGAR DEL ESTUDIANTE:					
DIRECCIÓN		CIUDADA		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DE CORREO DEL ESTUDIANTE (Si usa apartado en la oficina de correos)					

El padre/tutor legal/cuidador que está registrando al estudiante con quien el estudiante vive diariamente:

PADRE/TUTOR LEGAL/CAIDADOR – APELLIDO		NOMBRE		RELACIÓN AL ESTUDIANTE: Vive con el estudiante <input type="checkbox"/>	
Dirección de hogar:		# de apt:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
EMPLEADOR:		# de tel. PRIMARIO _____		# de cel. _____	
Dirección		# de tel. del Trabajo:		CORREO ELECTRÓNICO: Recibe mensajes de texto <input type="checkbox"/>	
PADRE/TUTOR LEGAL/CAIDADOR – APELLIDO		NOMBRE		RELACIÓN AL ESTUDIANTE: Vive con el estudiante <input type="checkbox"/>	
Dirección de hogar:		# de apt:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
EMPLEADOR:		# de tel. PRIMARIO _____		# de cel. _____	
Dirección		# de tel. del Trabajo:		CORREO ELECTRÓNICO: Recibe mensajes de texto <input type="checkbox"/>	

CONTACTOS DE EMERGENCIA

En caso de que la escuela no logre contactar a un padre/tutor legal/cuidado, los siguientes adultos responsables pueden ser contactados en caso de alguna emergencia o desastre. La persona debe tener por lo menos 18 años.

Contacto de emergencia #1

Nombre/Apellido: _____ # de tel.: _____

Relación:

Contacto de emergencia #2

Nombre/Apellido: _____ # de tel.: _____

Relación:

Contacto de emergencia #3

Nombre/Apellido: _____ # de tel.: _____

Relación:

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COLTON

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA ESTUDIANTIL



Favor de llenar esta información solicitada completamente y precisamente

FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS

¿Algún padre/tutor legal está en **servicio activo** en las Fuerzas armadas o Reserva nacional?:

si no Si contestó que sí, incluya la fecha en la que inició:

¿El otro padre/tutor legal está sirviendo tiempo completo como un Guardia nacional?

si no Si contestó que sí, incluya la fecha en la que inició:

Nombres de los hermanos en el distrito:

Nombre: _____ Escuela: _____ fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Escuela: _____ fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Escuela: _____ fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Escuela: _____ fecha de nacimiento: _____

Historial médico del estudiante:

Por favor, leer lo siguiente y marque cualquier enfermedad o condición que tenga su hijo/a. Escriba/lista condiciones de salud, medica "comentarios".

No hay problemas de salud conocidos

Accidentes graves u hospitalizaciones

Alergias: _____

Asma

TDAH/ADD

Autismo

Defectos de nacimiento/trastornos genéticos

Trastornos de la sangre/de la hemorragia

Comentarios/otras condiciones:

Parálisis cerebral

Cáncer/Leucemia

Diabetes: Si No

Dependiente de la insulina:
Sí No

Restricciones dietéticas:

Problemas cardiacos/cirugía
cardiaca

Epilepsia/convulsiones

Tipo de convulsiones _____

Fecha de la última convulsión:

Perdida de la audición:

Derecha Izquierda

Audífonos Sí No

Trastorno renal/problemas de la vejiga

Trasplante: _____

Problemas psicológicos (ej.
Ansiedad, depresión, etc.)

Diagnostico: _____

Deficiencia visual

Requiere "procedimiento de salud especializado". Explique en la sección de "comentarios".

Otro (por favor explique a continuación)

Mi hijo toma el siguiente medicamento en la escuela:

Plan de salud/Compañía de seguro

de póliza del grupo

de tel. de día:

Dirección:

Mi hijo toma el siguiente medicamento en casa:

Doctor familiar

La firma abajo del padre/guardián certifica que la información de arriba es correcta y precisa.

Escriba el nombre del Padre/Tutor Legal/ Cuidador	Firma	Fecha

Como el tutor legal de _____, un menor, le autorizo al director o su designado, a quien se le confía el cuidado del estudiante menor, a dar consentimiento para cualquier radiografía, examinación, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o cuidado de hospital para el menor mencionado con la recomendación de cualquier médico y/o dentista licenciado. Entiendo que esta autorización se está otorgando de antemano para cualquier diagnóstico, tratamiento u hospital y proporciona autoridad y poder al agente(s) mencionado para dar consentimiento específico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital que crea necesario el médico o dentista licenciado. Esta autorización deberá permanecer en efecto a menos de que se revoque por escrito y se envíe al agente(s) mencionado. Entiendo que el Distrito escolar unificado de Colton, sus empleados y sus miembros de consejo educativo no será responsabilidad de cualquier naturaleza con respecto a la transportación o cuidado del menor mencionado. Asimismo, entiendo que todos los costos de la transportación médica, hospitalización y cualquier examinación, radiografía o tratamiento proporcionado en relación a esta autorización, deberá ser mi responsabilidad.

Firma del padre/tutor legal/cuidador _____ Fecha _____