

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____
(Apellido) (Nombre)

Año Escolar: _____ Tarjeta de Emergencia para el Estudiante Fecha: _____

Información del Estudiante

Nombre: _____ Género: ____ Grado: ____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido) (Nombre)

Domicilio : _____
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono de Hogar/Principal: _____ País de Nacimiento: _____

Información de Padre/Tutor

Padre/Tutor 1

Padre/Tutor 2

Nombre _____ Nombre _____

Domicilio _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Teléfono _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Teléfono de trabajo _____ Celular _____ Teléfono de trabajo _____ Celular _____

Email _____ Email _____

Idioma que habla en casa: _____ Estudiante vive con: _____

Contactos de Emergencia

En caso que el niño mencionado anteriormente padezca de una enfermedad, requiera atención medica, o tenga que evacuar el plantel por cuestiones de una emergencia/desastre y no me pueden contactar, doy mi permiso a las autoridades de la escuela para que se comuniquen con una de las siguientes personas y dejen que mi hijo este bajo la custodia y el cuidado de las siguientes personas.

1) Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Teléfono Celular /Trabajo _____

2) Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Teléfono Celular /Trabajo _____

3) Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Teléfono Celular /Trabajo _____

Información de los Hermanos del Estudiante

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
--------	---------	-------	--------	---------	-------

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Información Medica

MARQUE LAS PRÓXIMAS CASILLAS SI SU HIJO PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

Asma (Requiere Inhalador) Diabetes Anemia de células falciformes Alergias Severas (Requiere Epipen)

Desorden de Convulsiones (Fecha de última convulsión: _____) Fibrosis Quística Otro: _____

Si usted marcó desorden de convulsiones, que tipo de convulsiones tiene/tuvo su hijo: _____

Por favor enliste los medicamentos que necesita tomar su hijo durante el horario escolar: _____

AVISO: El formulario de autorización médica se debe llenar cada año por un médico para cualquier medicamento/proceso requerido durante el horario escolar.

Información en Caso de Un Desastre

Proporcionaré a la escuela medicamentos para 3-días (con una receta actualizada del médico) en caso de una emergencia: Si No No aplica

Mi hijo tiene necesidades o procesos especial de cuidado: Traqueotomía Come por una sonda Cateterismos Silla de ruedas

Contacto de Emergencia (fuera de California o fuera de la Región de la Bahía):

1) Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Teléfono Celular/Trabajo _____

Si tienen que llevar a mi hijo a un plantel de emergencia, lo pueden llevar al sitio más cercano. Yo doy mi permiso a las autoridades de la escuela para que tomen las acciones necesarias a fin de que esté a salvo mi hijo. Comprendo que seré financieramente responsable.

FIRMA DE PADRE/TUTOR: _____ FECHA _____