



STUDENT EMERGENCY FORM

For Office Use Only

Student ID #

School Year 2021-2022

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido Legal del Estudiante	Primer Nombre (Legal)	Segundo Nombre (Legal)	Género	Grado	Fecha de Nacimiento
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		
Apodo:	Pronombre de Género Preferido:	Última Escuela que Asistió:			

TRANSPORTACIÓN E INFORMACIÓN RELACIONADA

Marque las casillas abajo si su hijo/a aborda el autobús:
 Hacia la escuela Desde la escuela #de autobús _____

Guardería: _____
 Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN DEL PADRE: Marque la casilla que indica el nivel más alto de educación de cualquiera de los padres/tutores

No se graduó de la preparatoria
 Graduado de la preparatoria
 Asistió a la universidad (incluye un diplomado)
 Graduado de la universidad
 Licenciatura o más alto

HOGAR PRINCIPAL: *Este es el domicilio donde el estudiante vive principalmente.*

Dirección de Hogar Principal: _____

Padre/Tutor	Nombre Legal:	Fecha de Nacimiento:	Email:
Teléfono de casa:	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo:	
Otro adulto en el hogar:	Nombre Legal:	Fecha de Nacimiento:	Email:
	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo:	

HOGAR SECUNDARIO: **Solamente llene esta sección si los padres no viven en el mismo hogar.*

Dirección de Hogar Secundario: _____

Padre/Tutor	Nombre Legal:	Fecha de Nacimiento:	Email:
Teléfono de casa:	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo:	
Otro adulto en el hogar:	Nombre Legal:	Fecha de Nacimiento:	Email:
	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo:	

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA MENSAJES AUTOMATIZADOS: *Marque para recibir mensajes automatizados.*

	Asistencia	Conducta	General	Maestro	Prioridad
Correo electrónico del tutor principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono de casa del tutor principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono celular del tutor principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo del tutor principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo electrónico del tutor secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono de casa del tutor secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono celular del tutor secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo del tutor secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTACTOS DE EMERGENCIA: *Están autorizados a recoger y cuidar al estudiante con autorización verbal o por escrito.*

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación al Estudiante:	Teléfono:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación al Estudiante:	Teléfono:

FAVOR DE LEER: El código de Educación de California 49408 declara que los distritos escolares pueden requerir que la información de emergencia debe mantenerse actualizada. El padre/tutor es responsable de informar a la escuela, por escrito, sobre los cambios de número telefónico o dirección dentro de tres (3) días de que ocurran. Si la escuela no puede contactar a nadie en este formulario en caso de emergencia o si el estudiante es abandonado fuera del horario escolar, la escuela llamará a las autoridades o al Departamento de Servicios de Protección al Menor.

Iniciales del padre/tutor: _____

INFORMACIÓN DE SALUD Y DE EMERGENCIA

Marque aquí si el estudiante **NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD.**

Marque aquí si el estudiante **TIENE PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDAS** y marque todas las casillas que se aplican a su hijo/hija.

ADD/ADHD

Problemas Cardíacos

Ataques/Epilepsia

Asma

Diabetes ___Tipo I ___Tipo II

Alergias Graves a: _____

Otro: _____

Epi-Pen

Marque aquí si el estudiante usa lentes/lentes de contacto.

Marque aquí si el estudiante ha sido diagnosticado con pérdida auditiva o si usa audífonos.

Tiene el estudiante algún problema de salud que limite su participación en: el aula educación física
Explique:

Anote todas las medicinas (con la dosis) que son tomadas por su hijo/a e indique si necesita tomar la medicina en la casa, la escuela o ambos. *Note: El Código de Educación de California 49423 requiere que si los medicamentos deben ser tomadas en la escuela, debe haber un formulario medico archivado en la escuela, firmado por los padres y por el médico. El padre o tutor deberá informar a la enfermera escolar u otro empleado docente designado sobre el medicamento que está siendo tomado.*

EN CASA _____

EN LA ESCUELA _____

¿CUÁLES SERVICIOS ESPECIALES RECIBE SU HIJO/A? (Marque todas las casillas que se aplican)

Programa de enseñanza adaptada (RSP)

504

Habla & Lenguaje

Dotado y Talentoso (GATE)

Clase de educación especial (SDC)

IEP

Apoyo para aprendices de inglés

NINGUNO

Instrucciones/Comentarios Especiales (Plan Médico 504, necesidades especiales de salud, plan de cuidado de emergencia, etc.):

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

En caso que ocurra una emergencia, cuando el padre/tutor no esté disponible, autorizo que el personal escolar pueda hacer los arreglos para que mi hijo/a reciba cuidados médicos/hospitalarios, incluyendo la transportación necesaria, de acuerdo a su mejor juicio. Además, yo autorizo que el médico anotado abajo suministre tal cuidado para mi hijo/a tal y como él/ella lo vea necesario. En caso que dicho médico no esté disponible, yo autorizo que dicho cuidado o tratamiento sea suministrado por un médico o cirujano acreditado. Yo entiendo que los padres/tutores son responsables del costo de dicha atención de emergencia.

Nombre del Médico _____ Teléfono _____ Biper _____

Clínica y Teléfono de Emergencia _____

¿Tiene seguro médico este estudiante? Sí No

¿Tiene seguro dental este estudiante? Sí No

Nombre del Proveedor de Seguro o Plan de Salud: _____ No. de Expediente Médico del alumno: _____

Si no, autorizo a SCUSD a que divulgue esta información para ayudar a solicitar seguro médico para mi hijo/a. Sí No

Yo certifico que la información proporcionada es verídica y correcta, a mi leal saber, y comprendo mi responsabilidad.

Nombre Legal/Firma del Padre/Tutor que inscribe al estudiante

Relación al estudiante

Fecha