

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 ES DIFERENTE A LA QUE PREVIAMENTE MENCIONÓ) | | | | | |
| | | | | | |

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:

Actualmente, ¿dónde vive su hijo/familia?: (solo marque una casilla)

Se usará esta información para determinar si su hijo califica para asistencia adicional, bajo la Ley McKinney Vento

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En una residencia familiar individual (solo una familia vive en este hogar) | <input type="checkbox"/> En un hotel/motel |
| <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una residencia no debido a una dificultad económica | <input type="checkbox"/> En un albergue o casa transicional |
| <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una residencia debido a una dificultad económica | <input type="checkbox"/> Temporalmente sin hogar (carro, etc.) |
| <input type="checkbox"/> En un hogar de acogidos o una casa hogar | <input type="checkbox"/> Viviendo con otros-Afidávit de cuidado |

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:

Mi hijo es alérgico al siguiente medicamento/alimento/picadura de insecto:

Ninguno

Plan de salud/Compañía de seguro

de póliza del grupo

Ninguno

Doctor familiar

Mi hijo toma el siguiente medicamento en la escuela:

Mi hijo tiene los siguientes problemas de salud:

de tel. de día:

Mi hijo toma el siguiente medicamento en casa:

Mi hijo no tiene ningún problema médico:

Iniciales del padre: _____

Dirección:

Derecho del padre

He leído la información en este formulario y entiendo su contenido. Mi firma verifica que he sido informado sobre mis derechos como un padre/tutor legal/cuidador de un estudiante de una escuela pública. Mi firma NO indica consentimiento para participar en un programa en particular. Enviaré una notificación por escrito a la escuela con cualquier objeción específica que pueda tener con respecto a la participación de mi estudiante en un programa en particular o servicio. Entiendo que la información de salud puede ser compartida verbalmente o por escrito con un personal del distrito escolar.

Firma del padre/tutor legal/cuidador: _____

Fecha: _____

Me opongo a la divulgación de información de contacto de mi estudiante.

No me opongo a la divulgación de información de contacto de mi estudiante.

Iniciales del padre : _____

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 _____