

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 _____