

DISTRITO UNIFICADO ESCODLAR DE SANTA CLARA



TARJETA DE INFORMACION REQUERIDA EN CASO DE EMERGENCIA

AÑO ESCOLAR: 20__ - 20__

STAFF USE ONLY

- Court Order
- Medical Alert

Por favor imprima o escriba toda la información

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Teléfono _____ Identificación del Estudiante: _____ Grado _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: M / F _____ Idioma hablado en el hogar _____

¿El estudiante vive con ambos padres? Sí o NO ¿Si no, con cual padre vive el estudiante vive? _____

Padre / Tutor (Padre) _____

¿Dónde está empleado? _____ Teléfono _____

Celular: _____ Otro _____

Padre / Tutor (Madre) _____

¿Dónde está empleada? _____ Teléfono _____

Celular: _____ Otro _____

Hermanos en el Distrito Escolar Unificado de Santa Clara:

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

En caso de una emergencia o desastre, el estudiante sólo se les entregara a las personas autorizadas en este formulario, si no podemos localizarle. Estos individuos deberán tener 18 años o mayores. Anticipando el deterioro de las carreteras después de un desastre mayor, puede tardar más tiempo en llegar a la escuela. Por esta razón, escoja a individuos que vivan a cerca de la escuela. Asegúrese que estas personas sepan (1) que están autorizados para recoger a su estudiante, y (2) en qué momento pueden recoger a su estudiante - inmediatamente o sólo después de recibir su llamada.

Yo autorizo a las siguientes personas para recoger a mi estudiante en caso de emergencia o desastre:

Nombre / Relación	Dirección durante el día	Teléfono durante el día	Celular
		()	()
		()	()
		()	()
		()	()

FOR STAFF USE ONLY

Released to _____ ID shown _____
 Destination _____

Has this person been in contact with parent since disaster? Y/N _____

Date/Time _____ Released by _____

Si se interrumpe, el servicio telefónico de larga distancia será el primer servicio restaurado. Por favor escriba la información de algún familiar fuera de la ciudad que podamos contactar.

Nombre / Relación _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Médico _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Seguro médico del estudiante _____ Número de expediente médico _____

La escuela busca el consejo y la cooperación de los padres y médicos para cuidar de la salud de los estudiantes. Por favor llene la siguiente información para que podamos saber más acerca de la salud de su estudiante.

Por favor escriba los problemas de salud de su hijo y describa. (Ejemplos: Diabetes, asma, alergias graves, problemas cardíacos, convulsiones, problemas en los huesos / coyunturas, u otra preocupación médica).

Dificultades de la vista: S/N _____ Usa anteojos: S/N _____ Dificultades de audición: S/N _____

Medicamentos en la escuela: Cualquier estudiante que tenga que tomar medicamentos (con receta o sin receta médica) durante el horario escolar podrá ser asistido por el personal de la escuela si tenemos una receta médica detallada de parte de su médico, petición por escrito de los padres, y si el medicamento se entrega en su envase original. La hoja de Autorización de Medicamento está disponible en la oficina de la escuela.

Por favor escriba los medicamentos que su estudiante toma seguido:

Medicamentos / dosis _____

Motivo de la medicación _____

Nombre del médico supervisando el tratamiento _____

Quiere que el medicamento se quede en la oficina de la enfermera: S/N _____

Tratamiento de emergencia: Si las autoridades escolares consideran necesario, el traslado de su estudiante en ambulancia, al costo de los padres, a la sala de emergencia más cercana donde los médicos tratantes (o dentista) en servicio puedan realizar tratamiento de emergencia en su hijo.

Reconozco que he leído el Formulario de Autorización de Emergencia y que estoy consciente de los procedimientos del Distrito en caso de que mi hijo(a) se lastime seriamente o en un evento catastrófico. Certifico que la información que he proporcionado es exacta y actual. En caso de haber cambios en la información que he proporcionado, voy a informar inmediatamente a la oficina de la escuela de los cambios y actualización de esta forma para asegurar que mis contactos de emergencia están disponibles cuando sea necesario.

Firma (Padre / Tutor) _____ Fecha _____