

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:  Sí  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 \_\_\_\_\_