

NICASIO SCHOOL 2011-12 TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE
Contacto de Emergencia / Consentimiento Médico (ver el reverso)

Office Use Only

- MEDICAL
- CUSTODY
- SPECIAL NEEDS

En caso de emergencia es imperativo que la escuela pueda comunicarse con los padres/guardián del estudiante. Por favor, llene la información en ambos lados de esta tarjeta correcta y cuidadosamente. Por favor, escriba en letra de imprenta clara y legible.

ESTUDIANTE

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Masculino Grado _____
 Femenino

Dirección de la casa (residencia principal) _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de correo, *si es diferente de la de arriba* Ciudad _____ Estado/Código postal _____

Vive con: Ambos padres Madre Padre Guardián legal
 ¿Cambió la dirección? No Sí

¿Hay alguna ÓRDEN DE LA CORTE que limite el acceso a la custodia/visita del estudiante?

No Sí Si la respuesta es Sí, acompañe la ODEN LEGAL.

MADRE/GUARDIÁN

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de la casa, *si es diferente de la de arriba* Ciudad _____ Estado/Código postal _____
 Nombre/dirección del trabajo en caso de emergencia _____

Correo electrónico _____ Empleador _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

PADRE/GUARDIÁN

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de la casa, *si es diferente de la de arriba* Ciudad _____ Estado/Código postal _____
 Nombre/dirección del trabajo en caso de emergencia _____

Correo electrónico _____ Empleador _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Otros niños en la casa: _____
 Nombre _____ Grado _____ Escuela _____

Nombre _____ Grado _____ Escuela _____

Lenguajes que se hablan en la casa: 1. _____

2. _____

CONTACTOS AUTORIZADOS

Por favor, escriba los nombres de familiares/vecinos/amigos en proximidad a la escuela a quienes podamos entregar a su niño o llamar en caso de no poder comunicarnos con Ud. **NINGÚN ESTUDIANTE SERÁ ENTREGADO A NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEAN LOS PADRES, GUARDIANES O ADULTOS EN ESTA LISTA.** Al seleccionar a alguien que Ud. autoriza la entrega de su su niño, considere: (a) ¿Se sentirá su niño cómodo con esta persona y esta familia? (b) ¿Podrá ésta persona cuidar a su niño por varios días? (c) ¿Está ésta persona preparada para atender a las necesidades médicas especiales que tiene su niño?

Yo/nosotros autorizo/mos la entrega del/la estudiante mencionado/a más arriba a las siguientes personas en caso de enfermedad, lesión, evacuación o emergencia que puedan ocurrir mientras los estudiantes están en la escuela.

Nombre	Relación	Teléfono de la casa	Teléfono celular o del trabajo
Contacto fuera del estado:			

Yo declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta. Yo notificaré al personal de la escuela inmediatamente de los cambios que pudieran ocurrir en la información precedente.

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha _____ Relación _____

(Continuar en el reverso) ⇒

ESTUDIANTE: (primer nombre, Apellido)

GRADO:

NICASIO SCHOOL 2011-12 TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE
Información Médica y Consentimiento

ESTUDIANTE

Apellido _____

Primer nombre _____

Segundo nombre _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE LA SALUD

Medicinas: ¿Requiere su niño/a medicinas en la escuela o en la casa? No Sí

Si su niño/a necesita medicinas en la escuela, todas las medicinas que se envían a la escuela deben estar en el envase original de la receta, con la fecha actual y el nombre del niño/a. El formulario de "Autorización para Administrar Medicinas" debe estar en su legajo. Para emergencias, por favor entregue además a la oficina de la escuela una provisión de medicinas para 3 días y en la misma forma, junto al formulario verde de "Medicinas para Emergencias de 72 horas". Ambos formularios están disponibles en la oficina de la escuela. Incluya el nombre del médico quien lo receto, por Código Educacional §49480.

Medicina	Médico Recetando Medicina	Dosis	Horario

Información del seguro medico: *Por favor marque la caja apropiad.*

- Seguro médico familiar Healthy Families California Kids
 Medi-Cal # _____ Sin seguro médico

Doctor/Proveedor de la salud _____ Teléfono _____

Plan de salud/Nombre del grupo _____ Póliza No. _____

Dentista _____ Teléfono _____

Problemas de la visión/audición:

- Usa gafas/lentes de contacto: para ver la pizarra para leer todo el tiempo
 Fecha del ultimo examen de la vista _____ usa audifono(s)

Condiciones médicas: Por favor marque las cajas apropiadas si su niño/a tiene alguna de las siguientes:

- Alergias severas que necesita: Epi-pen Benadryl
 A comidas/ambientales A picaduras de insectos/avispas A medicinas/drogas Otras

Por favor explique: _____

Asma en el presente Si lo marcó: usa inhalador toma medicinas a diario

Tiene convulsiones Si lo marcó ¿toma medicinas? Sí No

Diabetes Si lo marcó ¿depende de la insulina? Sí No

Problemas de conducta: _____

Limitaciones de movimiento: _____

Otra (por favor explique): _____

Enfermedad reciente, hospitalización, cirugía. Si lo marcó, por favor provea fecha(s) y descripción(es):

Condición médica que puede necesitar cuidado o acomodaciones en la escuela (por favor describa):

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

Yo/nosotros, padre/madre/guardián de _____,

un menor y firmante(s) debajo, doy por la presente autorización y consentimiento a la escuela para obtener cuidado médico de emergencia y transportación necesaria, incluyendo exámen rayos X, anestesia, diagnóstico médico o de cirugía y hospitalización de emergencia, el cuál se considera aconsejable y es provisto bajo la supervisión médica general o específica del personal licenciado de la sala de emergencias bajo las provisiones del acto de la práctica de medicina y del Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Se entiende que se harán todos los esfuerzos para contactar al debajo firmante antes de dar tratamiento al estudiante, pero que cualquiera de los tratamientos descritos arriba no serán retenidos si no es posible comunicarse con el firmante debajo o los adultos autorizados.

_____ es el hospital que yo/ nosotros preferimos para el tratamiento médico de emergencia para mi/nuestro niño/a.

Yo/nosotros entendemos que el distrito escolar no provee seguro médico/de accidente a los estudiantes, y yo/nosotros también entendemos que todos los costos relacionados con el tratamiento médico serán mi/nuestra responsabilidad y no la del distrito escolar.

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha _____

AYUDA DE VOLUNTARIO

Si Ud. vive cerca de la escuela y siente que, si lo llaman, podría ofrecer ayuda voluntaria durante una emergencia, por favor dénos su nombre, teléfono y experiencia. *Me gustaría ayudar en una emergencia.*

Nombre _____ Teléfono _____

Calificaciones _____