

Distrito Escolar Unificado de Vista
TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ALUMNO

ESCUELA _____

Por favor escriba con letra de molde:
Llene completamente y notifique a la escuela inmediatamente de cualquier cambio:

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ F / M _____ Grado _____ Maestro _____
Dirección del hogar _____ # de teléfono en el hogar (_____) _____
Número de teléfono celular del alumno (_____) _____

Correo electrónico del padre/tutor: _____
EN CASO DE EMERGENCIA para la seguridad y bienestar de su hijo, es sumamente importante que tengamos la información que se solicita en esta tarjeta.
Indique a quién se le debe notificar primero. Madre Padre El alumno vive con: Madre Padre Tutor

Padre/Padrastra/Tutor	Patrón	(_____) Teléfono del trabajo	Ext. _____	(_____) Teléfono celular / Localizador
Madre/Madrastra/Tutora	Patrón	(_____) Teléfono del trabajo	Ext. _____	(_____) Teléfono celular / Localizador
Persona encargada del cuidado de niños	Patrón	(_____) Teléfono del trabajo	Ext. _____	(_____) Teléfono celular / Localizador

ES MUY IMPORTANTE CONTAR CON EL NOMBRE DE DOS (2) PERSONAS ADICIONALES Y SUS NÚMEROS TELEFÓNICOS, PARA EN CASO DE QUE NO SE PUEDA LOCALIZAR A LOS PADRES. FAVOR DE NOTIFICAR A:

OTRO _____ (_____)
Nombre Dirección Teléfono

OTRO _____ (_____)
Nombre Dirección Teléfono

DOCTOR – Llamada de emergencia (_____) Teléfono DENTISTA – Llamada de emergencia (_____) Teléfono

Si ninguna de las personas antes mencionadas está disponible, su hijo (a) será transportado al hospital en ambulancia.

PARA OFRECER LA MEJOR ASISTENCIA MÉDICA, NECESITAMOS CONOCER LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD ACTUAL DEL ALUMNO.

SALUD GENERAL (Por favor indique cualquier condición que exista)

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias a alimentos | <input type="checkbox"/> Alergia a picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Otras alergias | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Ataque (s) | <input type="checkbox"/> ADHD/ADD | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cirugías / accidentes |
| <input type="checkbox"/> Anteojos / lentes de contacto | | <input type="checkbox"/> Dificultad para oír | <input type="checkbox"/> Otro | |

Por favor explique _____

¿Toma el alumno medicamentos regulares en casa? Sí No ¿Necesita tomar medicamentos en la escuela? Sí No
Para administrar medicamentos en la escuela se necesita autorización por escrito del doctor y de los padres del alumno.

Nombre del medicamento (s) _____

Nombre del Doctor _____ Teléfono (_____) _____ Fax (_____) _____

¿Tiene el alumno seguro médico? Sí No Nombre del seguro médico _____

En caso de emergencia, su hijo/a permanecerá bajo la protección de la escuela, a no ser que una evacuación de emergencia sea necesaria.
En este caso su hijo/a será enviado a casa por los medios normales salvo que se especifique lo contrario a continuación.

En lugar del medio normal de transporte, en caso de una evacuación de emergencia, deseo que mi hijo/a sea enviado a casa:

- En autobús Caminando Detenido en la escuela hasta que sea recogido por los padres o por la siguiente persona (s):

Firma de la persona que recogerá al alumno en caso de evacuación _____

Contacto fuera del área si fuera necesario: Nombre/parentesco _____ Teléfono (_____) _____

POR LA PRESENTE ACUSO RECIBO DE LA INFORMACIÓN ADJUNTA RELACIONADA CON MIS DERECHOS, RESPONSABILIDADES, Y PROTECCIONES.

Firma de padre o tutor _____ Fecha _____