

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE EMERGENCIA 2009-2010

La siguiente información **es necesaria** para el Expediente de Salud de el/la estudiante. Favor de completar este formulario anualmente, **firmarlo y regresarlo** a la escuela de su estudiante durante horas hábiles.

***Nota: Éste no es un formulario para "cambio de residencia"** Si usted se ha cambiado de domicilio, por favor complete y entregue el formulario de verificación de residencia **"Verification of Residency Form"** el cual lo encuentra disponible en la oficina de matrícula de la escuela de su estudiante.

ESTUDIANTE: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Varón Dama _____ ID# _____
 Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año _____ Identificación Estudiantil _____

Domicilio donde reside el estudiante Apartamento # Ciudad Código Postal Escuela Grado

Por favor indique con una señal al lado derecho, a quién se le debe de llamar primero al Padre o a la Madre:

PADRE _____

MADRE _____

NOMBRE del Padre (Indique: Padre/Guardián Legal/Sustituto)

NOMBRE de la Madre (Indique: Madre/Guardián Legal/Sustituta)

Teléfono del Hogar # Celular #

Teléfono del Hogar # Celular #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

E-mail - Domicilio Electrónico del Padre

E-mail - Domicilio Electrónico de la Madre

Domicilio del Padre ¿Nuevo Domicilio? NO *SÍ

Domicilio de la Madre ¿Nuevo Domicilio? NO *SÍ

Domicilio en para Recibir Correo (si es diferente al anterior)

Domicilio en para Recibir Correo (si es diferente al anterior)

Nivel de Educación Escolar que Logró el Padre: _____

Nivel de Educación Escolar que Logró la Madre: _____

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO SÍ

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO SÍ

CONTACTO DE EMERGENCIA: anote la información de **dos personas adultas**, que no sean el padre/la madre o guardián. Si el personal escolar no puede localizar a los padres/guardianes, autorizamos a la escuela para que haga entrega de el/la estudiante a: **(Los números de contacto deben de ser locales)**

Primer Contacto: _____
 Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

Segundo Contacto: _____
 Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

INFORMACIÓN MÉDICA:

Clinica/Nombre del Médico de el/la Estudiante: _____
 Nombre y Domicilio Teléfono de Contacto para la Clínica / Médico

Doy mi consentimiento para que el personal escolar se comunique con el médico de mi hijo/a: NO Sí

El/la estudiante está bajo un régimen de medicamento: NO Sí

Necesita medicamento durante el horario escolar: NO SÍ

Si su estudiante está bajo un régimen de medicamento que necesita administración durante el horario escolar: Deberá usted entregar el formulario de autorización **"Authorization for Medication Administration"** en la oficina de enfermería escolar. Formulario disponible en: <http://www.sduhsd.net/downloads/>

EMERGENCIA: Doy consentimiento para que en caso de alguna emergencia:

El médico familiar, los paramédicos (EMT) y/o el hospital administre/n tratamiento médico a mi hijo/a: NO Sí

¿Cobertura de Seguro Médico para el/la estudiante? NO Sí Seguro Médico a nombre de: El Padre La Madre

Nombre de la Compañía de Seguro Médico Número de Póliza / Grupo Teléfono de la Compañía de Seguro Médico

X _____
Firma del Padre/Guardián Legal Fecha

X _____
Firma de la Madre/Guardián Legal Fecha