B

DISTRITO ESCOLAR SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
FORMA DE EMERGENCIA 2009-2010

- La siguiente información es necesaria para el Expediente de Salud de el/la estudiante. Favor de completar la forma, **firmarla y regresarla** a la escuela de su estudiante al tiempo de inscripción.
- **Nota: Ésta no es una forma "de cambio de residencia"** Si usted se ha cambiado de domicilio, por favor complete y entregue "La Forma de Verificación de Residencia" disponible en la oficina de matrícula de su escuela.

Apellido de el/la Estudiante _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Domicilio _____ Apartamento # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Domicilio donde recibe el correo: (si es diferente al anterior) _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento: Mes ___ Día ___ Año ___ Identificación Escolar (ID #) _____ Escuela _____ Grado _____ Teléfono del Hogar # ( ) _____

Domicilio Electrónico: E-Mail del Padre _____ E-Mail de la Madre _____ E-Mail de el/la Estudiante _____

Por favor ponga una señal al lado izquierdo, indicando a quién se le debe de llamar primero y la información de cada padre:

___ Madre/Guardián _____ ( ) No. de teléfono del Hogar _____ ( ) Celular # _____

Domicilio de la Madre/Guardián si es diferente al de el/la Estudiante _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Empleo de la Madre/Guardián _____ ( ) Teléfono de Empleo # _____

___ Padre/Guardián _____ ( ) No. de teléfono del Hogar _____ ( ) Celular # _____

Domicilio del Padre/Guardián si es diferente al de el/la Estudiante _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Empleo del Padre/Guardián _____ ( ) Teléfono de Empleo # _____

En caso de emergencia, si no se le puede localizar a los padres/guardianes, autorizamos a la escuela para que haga entrega de el/la estudiante a: **(Anote a dos personas adultas, que no sean el padre/la madre o guardián; sus números de contacto deben de ser locales)**

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

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

Clínica/Nombre del Médico de el/la Estudiante: _____ ( ) _____
Teléfono # de Clínica/Médico

El/la Estudiante está bajo un régimen de medicamento: NO ___ Sí ___ doy mi consentimiento para que se le llame al médico.

Medicamento: _____ Dosis: _____

Compañía de Seguro Médico: _____ ( ) _____
Teléfono #

Doy consentimiento para que en emergencia, le administre tratamiento el médico familiar, los paramédicos (EMT) y/o el hospital: YES ____ NO ____

X _____ Firma de la Madre/Guardián Fecha

X _____ Firma del Padre/Guardián Fecha

Si los Padres/Guardián Necesita/n Intérprete, indique aquí en qué lenguaje: _____