SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE EMERGENCIA 2017-18 School Year

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 | Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año | ID# Identificación Estudiantil

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

No. de Celular del Estudiante | E-mail - Domicilio Electrónico del Estudiante

Por favor indique con una señal, a cual de los padres se le debe de llamar primero al Padre o a la Madre:

PADRE ____ **MADRE** ____

NOMBRE del Padre (**Indique:** Padre/Guardián/Sustituto) | **NOMBRE de la Madre** (**Indique**: Madre/Guardián/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 **¿Es un Nuevo Domicilio?** NO ☐ ***SÍ** ☐ | Domicilio de la Madre **¿Es un Nuevo Domicilio?** NO ☐ ***SÍ** ☐

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

Años de Educación Escolar que Logró el Padre: 1 año (# en años (no grados)) | Años de Educación Escolar que Logró la Madre: 1 año (# en años (no grados))

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO ☐ SÍ ☐ | Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO ☐ SÍ ☐

CONTACTOS ADICIONALES: Sus contactos deben de ser locales. Anote la información de **dos personas adultas** que no sean el padre/la madre o guardián. Si no se logra el personal escolar localizarnos a los padres/guardianes, autorizamos al personal escolar para que haga entrega de el/la estudiante a:

1) Contacto Local: _____
Nombre y Apellido del Adulto | Relación/parentesco con el/la Estudiante | Teléfono del Hogar / Empleo | Celular

2) Contacto Local: _____
Nombre y Apellido del Adulto | Relación/parentesco con el/la Estudiante | Teléfono del Hogar / Empleo | Celular

INFORMACIÓN MÉDICA: EC §49423

Clínica/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 el/la estudiante está bajo un régimen de medicamento que necesita administración durante el horario escolar, el padre deberá de completar y entregar el formulario de autorización **"Authorization for Medication Administration"**, en la oficina de enfermería escolar **con la firma del padre y del médico**. El formulario está disponible en la página Web: www.sduhsd.net

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 _____ X _____

Firma del Padre/Guardián Legal Fecha | **Firma de la Madre**/Guardián Legal Fecha