

# SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

## FORMULARIO DE EMERGENCIA

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.

Varón  Dama \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE: Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Años de Educación Escolar que Logró la Madre: \_\_\_\_\_

Idioma principal del Hogar: \_\_\_\_\_

Idioma principal del Hogar: \_\_\_\_\_

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:

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 \_\_\_\_\_

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](http://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**

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