

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 estudiantea:

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

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