

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA

Fecha de hoy: _____

Nombre legal del estudiante: _____

Apodos (nickname): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Teléfono: _____ **Otro** _____

Dirección postal: _____
Ciudad/Estado/Código Postal

Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Código Postal

El niño/a vive con: Ambos padres Padre Madre Guardián

Nombre del padre/padrastro/guardián: _____

Empleador: _____ Horas durante las cuales trabaja: _____

Teléfono del lugar de empleo: _____ Otro # _____

Nombre de la madre/madrastra/guardiana: _____

Empleador: _____ Horas durante las cuales trabaja: _____

Teléfono del lugar de empleo: _____ Otro # _____

Por favor comuníquese con las siguientes personas si los padres/guardianes no se hallan disponibles.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Números de teléfono

Hogar: _____

Hogar: _____

Padre/trabajo: _____

Madre/trabajo: _____

OTRO: _____

E-MAIL: _____

¿Cómo llega y regresa su hijo de la escuela? Por favor circule.

Recorrido del bus:
AM/PM PA/Manchester

AM/PM Ridge

AM/PM Costa

AM/PM Sea Ranch/Annapolis

Paradero de Bus:

AM/PM Camina

AM/PM Vehículo personal

Student Assignment

Teacher: _____

Grade: _____ **Rm. #:** _____

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones? Si No Si sí, por favor indíquelo abajo.

Alergias (Por favor explique) Asma Déficit de atención (ADD) Diabetes Condición del corazón

Picadura de abejas Autismo Sordera Epilepsia Ataques/convulsiones

Comida Problemas físicos Visión OTRO: _____

Medicinas: _____ Usa anteojos

¿Otras alergias? _____

¿QUÉ REMEDIOS TOMA SU HIJO/A PARA SU SITUACIÓN? _____

INFORMACION DEL DENTISTA /DEL MÉDICO Y SEGURO DE SALUD

Médico de la familia: _____ Dentista: _____

Teléfono #: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

COMPAÑÍA DE SEGURO DE SALUD Y NÚMERO DE LA PÓLIZA # _____

EXONERACION

Si se requiere un tratamiento de emergencia y los padres o guardianes no pueden ser contactados inmediatamente, su firma en el espacio de abajo le dará poder a las autoridades para tomar decisiones bajo su propio juicio y llamar al medico nombrado arriba, transportar al niño/a a la sala de emergencia del hospital. Así mismo esta firma no bastará para compartir información confidencial amparada bajo la ley federal.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

***Código de Educación de California 49414: En caso de que mi hijo/a tenga una reacción (alérgica) severa de anafilaxis, que ponga en peligro su vida durante horas de escuela, yo/nosotros doy/damos permiso No doy permiso**

para que un empleado específico de la escuela que haya sido entrenado, suministre la epinefrina por medio de una auto-inyección de emergencia (Epi-pen), bajo la supervisión indirecta de la enfermera de la escuela.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____ 06/28/06