

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO DE SAN LUIS
TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE CURSO 2021-22**

Nombre Completo _____

Maestro/a o Consejero/a _____

Escuela _____ Grado _____

Nombre Legal del Estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____		Nombre Preferido por estudiante _____	
Dirección de Domicilio: Calle/Ciudad/Código Postal _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si nueva dirección		Teléfono del Hogar _____	Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____
Dirección de Correos (si es diferente): Calle o Apartado Postal, Ciudad, Código Postal _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si nueva dirección		Grado _____	Sexo (F/M/N) _____
Otros niños en la familia:			
1. Nombre _____ Edad _____ Escuela _____	3. Nombre _____ Edad _____ Escuela _____		
2. _____	4. _____		

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES (Incluya solamente los nombres de padres/tutores legales/responsables por cuidado, comenzando con padre(s) con quien el/la estudiante vive): **NOTA:** La información de Padres/Tutores se podrá usar para negocios de la escuela que incluyen mensajes informativos. (Código de Regulaciones Federales, Título 34, 99.1-99.67, FERPA) Si está de acuerdo con permitir al distrito que mande mensajes de recordatorio y anuncios por medio de texto directamente a su teléfono celular, por favor marque el 'Recibo Textos' en la caja debajo. Marcando la caja, usted se pone de acuerdo con pagar los cargos de su proveedor de servicio celular.

Contacto #1

Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____		El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	
Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	
Mande correo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
		<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado	
Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____
		Empleador _____	Ocupación _____

Contacto #2

Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____		El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	
Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	
Mande correo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
		<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado	
Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____
		Empleador _____	Ocupación _____

Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____		El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	
Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	
Mande correo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
		<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado	
Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____
		Empleador _____	Ocupación _____

PARA SECUNDARIA/PREPARATORIA SOLAMENTE: Si está de acuerdo con permitir al distrito que mande mensajes de recordatorio y anuncios por medio de texto directamente al teléfono celular de su estudiante, por favor escriba el número del teléfono celular de su estudiante aquí. Escribiendo el número de teléfono, usted se pone de acuerdo con pagar los cargos de su proveedor de servicio celular. **Número de Teléfono Celular de Estudiante:** _____

Orden de Custodia: Sí No Si afirmativo, adjunte una copia de la orden e incluye el horario (es decir, madre M-W, padre Th/F).

Orden de Restricción: Sí No Si afirmativo, adjunte copia.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (OTRO QUE NO SEA PADRE/TUTOR) En el caso de ausencia de padre o madre, padrastro o madrastra o tutor legal, el personal de la escuela puede notificar o entregar mi estudiante a la(s) persona(s) indicada(s) debajo en caso de enfermedad, accidente, o evacuación. Apunte solo personas locales, en el orden en que se deben llamar.

Primer contacto:	Nombre _____	Parentesco/Relación _____	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular _____
Segundo contacto:	Nombre _____	Parentesco/Relación _____	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular _____
Tercer contacto:	Nombre _____	Parentesco/Relación _____	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular _____

SALUD: Nombre del Médico: _____ Número de teléfono: _____

La escuela puede dar los primeros auxilios a cualquier estudiante y el hospital/doctor puede administrar tratamiento médico aunque el padre/tutor no esté disponible si no hay objeción en escrito para tratamiento médico en los archivos de la escuela. (C.E.C. 49407, 25.8)

Por favor anote alergias y/o otras condiciones de salud que usted desee que nosotros compartamos con los maestros y otros empleados de la escuela:

¿Usa lentes su hijo o hija? Sí No ¿Usa una silla de ruedas su hijo o hija? Sí No

Si su hijo/hija tiene condiciones de salud confidenciales que usted desea compartir, por favor haga una cita con la enfermera de escuela.

MEDICINAS: Mi estudiante: Toma medicinas continuas: Si es así, antes/después de escuela, Durante horas de escuela.

(Si se debe dispensar medicina, sea por receta médica o sin receta médica, durante horas escolares, una forma de consentimiento DEBE ser firmada por los padres/padrastros/tutores y el médico y archivada en la escuela.)

Si la medicina se toma durante horas de escuela, nombre la medicina y su uso: _____

FIRMAS	
Firma de Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor: _____	Fecha: _____
Firma de Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor: _____	Fecha: _____

Uso Administrativo Solamente: Enroll Status: New OE IDT COR Alerts: Medical Custody
 Entry date: _____ Leave date: _____ If student leaves the district, note the following information:
 The student's record was sent to (school) _____ located in (city) _____ on (date) _____

Nombre Legal del Estudiante: