



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

| | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---|
| APELLIDO DEL ALUMNO | | NOMBRE | | | INICIAL | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen. | | GRADO | | IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA | |
| DOMICILIO DEL ALUMNO - Número | | CALLE | | | APT # | CIUDAD | CÓDIGO POSTAL |
| DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA) | | CALLE | | | APT # | CIUDAD | CÓDIGO POSTAL |
| APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL | | NOMBRE | | | PARENTEZCO AL ALUMNO | | VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| DIRECCIÓN DEL TRABAJO | | CALLE | | | CIUDAD | | CÓDIGO POSTAL |
| Números telefónicos de contacto | | Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*: | | | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| HOGAR | | EMERGENCIA | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Trabajo | | |
| CELULAR | | ASISTENCIA | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Trabajo | | |
| TRABAJO | | INFORMACIÓN GENERAL | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Trabajo | | |
| APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL | | NOMBRE | | | PARENTEZCO AL ALUMNO | | VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| DOMICILIO - número | | CALLE | | | CIUDAD | | CÓDIGO POSTAL |
| Números Telefónicos de Contacto | | Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*: | | | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| HOGAR | | EMERGENCIA | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Trabajo | | |
| CELULAR | | ASISTENCIA | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Trabajo | | |
| TRABAJO | | INFORMACIÓN GENERAL | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Trabajo | | |
| <i>Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:</i> | | | | | | | |
| NOMBRE | | PARENTEZCO | | TEL. DEL HOGAR | | TEL. DE CELULAR | TEL. DEL TRABAJO |
| NOMBRE | | PARENTEZCO | | TEL. DEL HOGAR | | TEL. DE CELULAR | TEL. DEL TRABAJO |
| NOMBRE | | PARENTEZCO | | TEL. DEL HOGAR | | TEL. DE CELULAR | TEL. DEL TRABAJO |
| <i>Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:</i> | | | | | | | |
| APELLIDO | | NOMBRE | | SALÓN PRINCIPAL | GRADO ESCOLAR | PARENTEZCO | |
| APELLIDO | | NOMBRE | | SALÓN PRINCIPAL | GRADO ESCOLAR | PARENTEZCO | |
| AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA | | | | | | | |
| El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad, (Escribir el nombre del alumno con letra de molde) | | | | | | | |
| por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno. | | | | | | | |
| ALERTA DE SALUD - Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna". | | | | | | | |
| INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* Si respondió "Sí" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families | | | | | | | |
| # de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: | | | | | | | |
| 1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR | | GRUPO # | | 1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR | | GRUPO # | |
| NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA | | | | NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA | | | |
| *Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273. | | | | | | | |
| MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: : | | | | | | | |
| MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: | | | | | | | |
| HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGÓ MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA. | | | | | | | |
| X | | | | | | FECHA | |
| FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL | | | | | | | |

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)