

PSUSD INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD

Los datos exactos son vitales para la seguridad de su hijo(a) (Utilice letra de Molde)

Teacher: _____
RM: _____

| INFORMACIÓN DEL ALUMNO | Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|--|---------------------|--|--|
| Apodo | Fecha de Nacimiento | Grado | Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
| Domicilio (Numero y Calle) | | Ciudad, Estado, Código postal | |
| Domicilio de correspondencia (Numero y Calle) | | Ciudad, Estado, Código postal | |
| INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL | Tutor 1 Nombre | ¿Vive con Alumno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Tutor 2 Nombre |
| | Relación | | ¿Vive con Alumno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Permiso para recoger <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Permiso para recoger <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Correo Electrónico | | Correo Electrónico | |
| Teléfono 1 | | Teléfono 1 | |
| Teléfono 2 | | Teléfono 2 | |
| Estatus Militar de los EE.UU.: (Servicio Activo, Guardia, Reserva o Veterano): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Actualmente Desplegado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rama Militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia Activa; <input type="checkbox"/> Guardia Inactiva; <input type="checkbox"/> Reserva Activa <input type="checkbox"/> Reserva Inactiva; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Fallecido | | Estatus Militar de los EE.UU.: (Servicio Activo, Guardia, Reserva o Veterano): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Actualmente Desplegado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rama Militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia Activa; <input type="checkbox"/> Guardia Inactiva; <input type="checkbox"/> Reserva Activa <input type="checkbox"/> Reserva Inactiva; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Fallecido | |
| NOMBRES DE TODOS / OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES) | RELACION | FECHA DE NACIMIENTO | ESCUELA A LA QUE ASISTE |
| | | | ¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | | ¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | | ¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | | ¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | | ¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | | ¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Acuerdo de recoger y contacto de Emergencia – 4 locales y 1 fuera del área – quien pueda ser contactado en una emergencia cuando UN PADRE o TUTOR no pueda ser localizado. El alumno solo será dejado salir con un padre/tutor o los siguientes: (Este preparado para proveer identificación válida) | | | |
| 1)Nombre | Relación | Teléfono | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo |
| 2)Nombre | Relación | Teléfono | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo |
| 3)Nombre | Relación | Teléfono | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo |
| 4)Nombre | Relación | Teléfono | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo |
| 5)Nombre (Fuera del Área) | Relación | Teléfono | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo |

INFORME DE SALUD

Por Favor marque toda condición aplicable al historial médico del alumno. Utilice el área de abajo para añadir alguna explicación o recomendación.

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia – Amenaza la Vida | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza - Migraña | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Desorden de Ataques |
| <input type="checkbox"/> Alergia – No Amenaza la Vida | <input type="checkbox"/> Desordenes de Sangre | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Problema del Sistema Urinario |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Sopro del Corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno Ortopédico | <input type="checkbox"/> Otro (describa abajo) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Tubo-G | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |

Explicación/Recomendación respecto a lo de arriba: _____

Dentro del último año, ¿Este estudiante ha sido admitido durante la noche en un hospital? SI NO

¿Está el estudiante tomando actualmente medicamentos? SI NO ¿Requiere medicamento durante el horario escolar? SI NO

NO ES PERMITIDO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA SIN UNA SOLICITUD FORMAL FIRMADA POR UN DOCTOR Y UN PADRE. LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS ESTAN DISPONIBLES EN LA OFICINA ESCOLAR.

El estudiante tiene Doctor: SI NO El estudiante tiene Dentista: SI NO Problema Dental: SI NO Problema Auditivo: SI NO Usa aparato auditivo: SI NO Problema de Visión: SI NO Usa lentes o lentes de contactos: SI NO

Si mi hijo (a) es o llega a ser elegible para beneficios públicos (Medi-Cal), Yo autorizo al Distrito LEA a divulgar información del estudiante con el propósito limitado de facturación de Medi-Cal / Medicaid y acceso a Medi-Cal: los beneficios del seguro de salud para servicios aplicables SI NO

(El Distrito NO provee seguro de salud o accidente)

YO ENTiendo QUE EN CASO DE UNA EMERGENCIA **CUANDO NO SE PUEDA LOCALIZAR A NINGUN TUTOR O CONTACTO DE EMERGENCIA**, EL DISTRITO OBTENDRA EL CUIDADO MEDICO NECESARIO PARA EL ESTUDIANTE O ENVIARA AL ESTUDIANTE POR AMBULANCI AL HOSPITAL MAS CERCANO AL COSTO DE LOS PADRES / TUTORES.

Nombre de la persona que completo la solicitud (letra de molde): _____ Parentesco: _____

Firma del padre/tutor (que certifique que la información proporcionada es exacta): _____ Fecha: _____

Favor de completar **TODAS** secciones de este formulario

Revised 02/02/18 SC

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Updated in Synergy by: _____

Time Stamp: _____

Student:

First:

Teacher:

Sort #: