

Número del Alumno: _____ Grado: _____ Maestro/salón: _____

Número de teléfono adecuada para llamar en caso de **EMERGENCIAS** o para la Oficina de Asistencia:

Nombre: _____ Tel: _____

Use letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F

Apellido del alumno _____ Nombre _____

Dirección: _____ Es la información un cambio desde el año pasado: Sí No

Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____

Medio de transporte: A pie Autobús Carro privado Horario en que cuidan al niño/a: ____AM____PM

Nombre y teléfono del lugar donde cuidan al niño o niña: _____

FOTO DEL ALUMNO
Dada por la escuela

Padre(s) o Tutor(es):

Padre/tutor 1: _____ e-mail: _____

Dirección (si es diferente a la de arriba) _____

Trabajo/ocupación: _____

Padre/tutor 2: _____ e-mail: _____

Dirección (si es diferente a la de arriba) _____

Trabajo/ocupación: _____

El alumno vive con: los dos padres Padre/tutor 1 Padre/tutor 2 el tutor el encargado (*foster*)

Si los padres se han divorciado, ¿puede el otro padre recoger al niño o niña? Sí No (*en ese caso, se necesita que traigan el ACUERDO de CUSTODIA LEGAL a la escuela*)

EL ACUERDO DE CUSTODIA LEGAL se encuentra archivado en la oficina de la escuela (si se aplica) Sí No

Domicilio – ¿actualmente, en dónde está viviendo su alumno/familia? (mandato federal por Que Ningún Niño Se Quede Atrás)

Por favor marque el cuadrito correspondiente:

En un domicilio permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil)

Compartiendo un hogar con otros temporalmente

(otras familias/individuos porque de dificultades económicas o la pérdida de un ser querido)

En un albergue o programa de transición de vivienda

En un motel/hotel

Viviendo temporalmente en un carro/un terreno de campamento Otro (por favor especifique) _____

Padre/tutor 1: Teléfono: _____

Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Padre/tutor 1: ¿Qué número de teléfono se debe usar en caso de emergencia:

Teléfono Teléfono de trabajo Teléfono celular

Padre/tutor 2: Teléfono: _____

Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Padre/tutor 2: ¿Qué número de teléfono se debe usar en caso de emergencia:

Teléfono Teléfono de trabajo Teléfono celular

Nombres, edades y escuelas de los hermanos/as:

En caso de emergencia, enfermedad o cualquier otra cosa, padre/tutor 1, padre/tutor 2 o encargado será llamado primero. Por favor anote los nombres de tres personas de confianza que vivan en esta ciudad (**QUE NO SEAN LOS PADRES/TUTORES**) que podrían recoger a su hijo o hija de la escuela en caso de emergencia o enfermedad.

Nombre (relación con el alumno)

Dirección

Teléfono durante el día

Teléfono celular

Nombre (relación con el alumno)

Dirección

Teléfono durante el día

Teléfono celular

Nombre (relación con el alumno)

Dirección

Teléfono durante el día

Teléfono celular

TARJETA DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE NOVATO

Para ayudarnos a cumplir con los requerimientos de una nueva ley federal, por favor conteste las dos preguntas de abajo sobre etnicidad y raza.

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? Hispano o Latino (una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica o de otra cultura u origen latino, independientemente de su raza)
 (Por favor, marque una): No Hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones) - La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. No importa la opción que haya elegido, por favor de continúe respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadros, para indicar la que considera que es la raza de su hijo/a.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100)
(Personas cuyo origen es de los pueblos indígenas de Norte, Centro o Sudamérica) | <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Otro asiático (299) | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino-Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Laos (206) | <input type="checkbox"/> Guamés (302) | <input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro (600) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> De Samoa (303) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África, Asia noroccidental o el Medio Oriente) |
| | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) | |

Idiomas en casa: 1) _____ 2) _____

INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE

¿Ha tenido su hijo/a una condición de salud seria o especial que requiera una intervención o restricción médica especial? [explique abajo] SÍ / NO

Indique abajo si su hijo o hija tiene actualmente o ha tenido lo siguiente:

- Alergia a algún alimento (qué tipo): _____
 ¿Para eso necesita tratamiento médico? Sí No
- Alergia a los insectos (qué tipo): _____
 ¿Para eso necesita tratamiento médico? Sí No
- Alergia a medicinas (nombre): _____
- Otras alergias (qué tipo): _____
- Asma (indique la intensidad) leve moderada severa
 Asma ocasionada por: ejercicio alergias virus de gripa
 Inhalador de emergencia para asma: _____

- Ataques Medicina para ataques _____
 Fecha del último ataque: _____ [Mes/Año]
- Enfermedad del corazón Prótesis de brazos, piernas, etc.
- Limitación en sus movimientos Silla de ruedas
- Enfermedades serias, operaciones (por favor, descríbalas abajo): _____
-
- Diabetes: Depende de la insulina: Sí No
- Anteojos Lentes de contacto Aparato del oído / otros aparatos
- Otro: _____

Medicinas: Si su hijo/a necesita medicinas durante el día, **todas las medicinas** deben estar en su envase original con etiqueta y fecha actual, y la escuela debe tener un formulario de "Autorización de Administración de Medicina" en sus archivos (consiga uno en la oficina de la escuela). Indique:

Medicina: _____ Dosis: _____ Horas: _____
 Medicina: _____ Dosis: _____ Horas: _____

Póliza de Seguro Médico:

- Compañía y No. de póliza: _____ No. de Medi-Cal: _____ No tengo seguro
- Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____ En caso de emergencia, hospital preferido: _____
- Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____

Si es necesario, esta información médica será puesta en una lista confidencial. Para mayor información, comuníquese con la enfermera de la escuela

AUTORIZACIÓN

- Yo, el o la abajo firmante, declaro bajo pena de perjurio (mentir) que la dirección del alumno/a en esta tarjeta de emergencia es la correcta y que cualquier cambio debe ser reportado al distrito inmediatamente por quien firma, así como cualquier cambio en la información de esta tarjeta de emergencia, incluida la dirección.
- Yo declaro que he sido informado/a que el distrito no provee seguro médico para los estudiantes que se lastiman.
- Apruebo el procedimiento de emergencia a seguir. Cuando no me puedan contactar, yo autorizo al director y/o a la persona designada en mi lugar en caso de una emergencia, ya sea de enfermedad o accidente, a que pueda arreglar que se haga a mi hijo/a un examen médico, diagnóstico y tratamiento de emergencia. Yo entiendo que soy responsable por los gastos y que el distrito no provee seguro médico para accidentes.

FIRMA DEL PADRE Y/O ENCARGADO

FECHA