

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS
TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Year : _____ Grade: _____

Teacher : _____ ID #: _____

X _____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento

X _____
Domicilio Teléfono de casa Dirección de Correo Electrónico

EN CASO DE EMERGENCIA, ES IMPORTANTE PARA LA SEGURIDAD DE SU NIÑO QUE TENGAMOS LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTA TARJETA.

1. _____
Nombre (Padres) Empleador Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

2. _____
Nombre (Padres) Empleador Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

ES MUY IMPORTANTE, EN CASO QUE LOS PADRES NO PUEDAN SER CONTACTADOS, QUE (2) DOS NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO ADICIONALES SE PROPORCIONEN. POR FAVOR INDIQUE A CONTINUACION:

3. _____
Nombre del contacto alternativo (local) Relación Teléfono

4. _____
Nombre del contacto alternativo (local) Relación Teléfono

SI NINGUNA DE LAS PERSONAS EN LA LISTA ESTÁ DISPONIBLE, SU NIÑO/A SERÁ TRANSPORTADO POR AMBULANCIA AL HOSPITAL.

Hermanos en la escuela:

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
--------	---------	-------	--------	---------	-------

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
--------	---------	-------	--------	---------	-------

CONDICIONES MÉDICA(S)- Marque todo que aplica

SI NADA APLICA marque aquí ☐

☐ ADHD

☐ Asma, necesita inhalador en la escuela: ☐ sí ☐ no

☐ Diabetes, necesita insulina en la escuela: ☐ sí ☐ no

☐ Enfermedades cardíacas: _____

☐ Historia de ataques epilépticos: _____

☐ Pérdida de la audición, usa audífono(s): ☐ R ☐ L

☐ Problemas de la vista ☐ usa lentes ☐ usa lentes de contacto

☐ Otro problema de salud: _____

☐ Historia de traumatismo craneoencefálico fechas: _____

ALERGIAS- Marque todo que aplica

Si no hay alergias conocidas marque aquí ☐

☐ Reacción a picaduras de abeja

☐ Alergia de comida o otra alergia (por favor lista): _____

☐ Alergia de medicina, explique: _____

☐ Otra alergia explique: _____

☐ **Marque aquí si su hijo/a ha tenido una reacción anafiláctica**

Requiere su hijo/a medicamentos para tratar las alergias:

☐ sí ☐ no

SI SE REQUIEREN MEDICAMENTOS PARA TRATAR UNA REACCION ALERGICA, POR FAVOR COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE LA ESCUELA O VISITE EL SITIO WEB DE LA ESCUELA PARA OBTENER LAS FORMULARIOS NECESARIOS.

MEDICAMENTOS- Lista de medicamentos. Si no toma ninguno marque aquí: ☐

Nombre de medicamento/dosis/tiempo de uso: _____

Es alguno de las medicamentos indicados usado en la escuela? ☐ sí ☐ no

SI LOS MEDICAMENTOS SON NECESARIOS EN LA ESCUELA UNA FORMA DE PERMISO DE LOS PADRES FIRMADO Y PARA LOS MÉDICOS ES NECESARIO, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR PARA OBTENER LAS FORMAS NECESARIAS.

Números telefónicos de proveedores médicos:

Nombre del medico/teléfono: _____ Nombre de dentista/teléfono: _____

Tiene su hijo/hija seguro medico? ☐ sí ☐ no Nombre del proveedor de seguro: _____

LA INFORMACION DE SALUD PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO PUEDE COMPARTIRSE CON EL PERSONAL EXCOLAR APROPIADO CUANDO SEA REQUERIDA CON EL FIN DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y BIENESTAR DE SU HIJO/A. POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SI TIENE ALGUNA DUDA O PREGUNTA AL RESPECTO.

Firma de los padres o tutores: _____ Fecha: _____

Yo certifico, bajo mi conocimiento, que la información mencionada arriba es correcta y verdadera.