



Paramount Unified School District Información de Emergencia o Médica

Maestro principal: _____

Apellido legal del alumno		Primer nombre legal del alumno		Segundo nombre legal		<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento		Grado
						<input type="checkbox"/> Masculino			
Domicilio particular			# Apartamento	Ciudad		State CA	Zona postal	Correo electrónico	
Apellido de la Madre		Nombre	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono de trabajo		Correo electrónico	
Contacto permitido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derechos educativos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vive con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se permite correspondencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Apellido del Padre		Nombre	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono de trabajo		Correo electrónico	
Contacto permitido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derechos educativos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vive con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se permite correspondencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: (Requerido anualmente por el Departamento de Educación de Estados Unidos)									
¿Está cualquier padre/tutor en servicio activo en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si está en la Fuerza Armada, en que rama: <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Infantería de Marina <input type="checkbox"/> Marina									
¿Está cualquier padre/tutor de Tiempo Completo en la Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si está en la Guardia Nacional, en que rama: <input type="checkbox"/> Guardia Nacional del Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Nacional Aérea									
Apellido del Tutor legal		Nombre		Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono de trabajo		Correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor designado por la Corte <input type="checkbox"/> Tutor designado por el Distrito <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Hogar de grupo									

EN CASO DE EMERGENCIA: Nombres de personas que pueden asumir responsabilidad temporal.

Nombre		Parentesco	Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Otro teléfono		
Nombre		Parentesco	Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Otro teléfono		
Nombre		Parentesco	Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Otro teléfono		
Persona de contacto fuera del estado en caso de emergencia:					Número de teléfono fuera del estado en caso de emergencia:				
Lista de persona(s) que <u>no</u> puede(n) sacar al estudiante de la escuela: Tiene una orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Nombre:			Nombre:		

¿Su estudiante va a un programa de antes de las clases? Sí No Nombre del programa: _____

¿Su estudiante va a un programa de después de las clases? Sí No Nombre del programa: _____

Número de menores en la familia (incluya niños que no van a la escuela): _____ Dar nombres de hermanos y hermanas de edad escolar:

Nombre	FDN	Escuela	Grado	Nombre	FDN	Escuela	Grado

Favor de marcar la casilla apropiada, si cualquiera de las siguientes aplica al estudiante y dar una breve explicación en el espacio incluido abajo. Indicar todas las condiciones de salud, incluyendo esas de años anteriores. Favor de notificar a la oficina de la escuela si hay algún cambio en la condición de la salud o del medicamento de su estudiante.

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Problemas de sangre | <input type="checkbox"/> Lentes/o de contacto | <input type="checkbox"/> Fiebres altas | <input type="checkbox"/> Serio accidente | <input type="checkbox"/> Desconoce problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas del oído | <input type="checkbox"/> Migrañas o jaquecas | <input type="checkbox"/> Cirugía u operación | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Discapacidades | <input type="checkbox"/> Aflicciones del corazón | <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | _____ |

Explicación: _____

TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE DEN A LA ESCUELA (recetados o no) REQUIEREN UNA NOTA DEL MÉDICO. ESTUDIANTES CON INHALADORES REQUIEREN NOTA MÉDICA
(Hay formularios disponibles en la Oficina de Salud de la Escuela)

Información médica - (Marque todos los que aplican)

¿En este momento está su estudiante tomando algún medicamento en casa? Sí No Dar nombre y dosis: _____

¿En este momento su estudiante necesita algún medicamento en la escuela?: Sí No Dar nombre y dosis: _____

¿Ha tenido su estudiante una reacción alérgica a lo siguiente?: Nada Nueces Picadura de insectos Explicar: _____

a la inyección de Epinephrine (EpiPen)? Sí No

Incluir cualquier otra restricción que tenga su estudiante: _____

¿En este momento tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En este momento tiene Medi-cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del médico:	Teléfono: Extensión: Hospital:
Compañía de seguros (si es aplicable):	Teléfono: Extensión: Número de identificación:

Yo, el padre o tutor suscrito, doy mi consentimiento para que el estudiante nombrado arriba sea entregado a mí o a mi esposa o al amigo(a) o pariente que he designado y/o que sea transportado por una ambulancia al hospital más cercano en caso de emergencia. Tengo entendido que Paramount Unified School Distrito no proporciona a los estudiantes cobertura por accidentes médicos o dentales por lesiones o enfermedades ocurridas en la escuela. Tengo entendido que yo podría voluntariamente adquirir un plan de seguro estudiantil por accidentes. Asimismo, yo reconozco que soy responsable por gastos médicos, dentales, de ambulancia u otros gastos por cuidado de la salud o transporte de mi estudiante, los cuales podrían ocurrir como resultado de tal enfermedad o lesión.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____