

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACION PARA EMERGENCIAS

Padres: Favor completen y firmen en la sección indicada. En caso de emergencia las normas requieren que los alumnos permanezcan en la escuela por Seguridad. Esta forma será usada por el personal cuando los estudiantes se vayan a la casa. Complete claramente y regrese este formulario a 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) Sí No* Si respondió "Sí" Indique: Seguro médico Particular Medi-Cal 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 OTORGO 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) PADRE TUTOR LEGAL

*El número de teléfono debe ser un número directo (sin extensiones)

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

STUDENT EMERGENCY INFORMATION FORM

Parent Information: Please fill out completely and sign where indicated. In a major emergency, it is school district policy to retain students at school for their safety. This form will be used by the school staff when students are released to go home. Please print clearly and return completed form to school.

STUDENT'S LAST NAME		FIRST NAME			M.I.						
BIRTH DATE		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		GRADE		HOME LANGUAGE					
STUDENT'S HOME ADDRESS -- NUMBER		STREET			APT #		CITY		ZIP CODE		
MAILING ADDRESS -- NUMBER <small>(IF DIFFERENT FROM ABOVE)</small>		STREET			APT #		CITY		ZIP CODE		
PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME			FIRST NAME			RELATIONSHIP TO STUDENT			LIVES WITH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
WORK ADDRESS -- NUMBER		STREET			CITY			ZIP CODE			
CONTACT NUMBERS				Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:			
HOME		EMERGENCY		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work							
CELL		ATTENDANCE		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work							
WORK		GENERAL INFO		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work							
PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME			FIRST NAME			RELATIONSHIP TO STUDENT			LIVES WITH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
WORK ADDRESS -- NUMBER		STREET			CITY			ZIP CODE			
CONTACT NUMBERS				Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:			
HOME		EMERGENCY		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work							
CELL		ATTENDANCE		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work							
WORK		GENERAL INFO		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work							
<i>To the principal: In case you are unable to reach me during any emergency, you are authorized to contact and, if necessary, release my child to any of the following:</i>											
NAME			RELATIONSHIP			HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE	
NAME			RELATIONSHIP			HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE	
NAME			RELATIONSHIP			HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE	
<i>List any other family members attending this school:</i>											
LAST NAME			FIRST NAME			HOME ROOM		GRADE		RELATIONSHIP	
LAST NAME			FIRST NAME			HOME ROOM		GRADE		RELATIONSHIP	
AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT											
The undersigned, as parent/legal guardian of, _____ a minor, <div style="text-align: center; font-size: small;">(Print name of the student here)</div>											
hereby authorizes the principal or designee, into whose care the student has been entrusted, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to the student upon the advice of any licensed physician and/or dentist. It is understood that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the Los Angeles Unified School District ("District") to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary. This authorization is given in accordance with Section 49407 of the California Education Code, and shall remain effective until revoked in writing and delivered to the District. I understand that the District, its officers and its employees assume no liability of any nature in relation to the transportation of the student. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my sole responsibility as the student's parent/guardian.											
HEALTH ALERTS -- List any medical condition which restricts physical activity or requires special attention. Include conditions such as asthma and allergies such as peanut and bee stings. If none, please indicate "none".											
DOES THE STUDENT HAVE HEALTH INSURANCE? (Check One) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO* If "Yes": <input type="checkbox"/> Private Health Insurance <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families											
MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES ID Number: _____											
1. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME				GROUP NO.		2. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME <small>(If covered under more than one plan)</small>				GROUP NO.	
NAME OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE						PHONE NUMBER OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE					
<small>*If the student currently does not have health insurance, information on free or low-cost health care programs is available by calling the District's toll-free HELPLINE 1(866)742-2273.</small>											
MY CHILD IS ALLERGIC TO THE FOLLOWING MEDICATIONS: _____											
MY CHILD CURRENTLY TAKES THE FOLLOWING MEDICATIONS: _____											
I CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS FORM AND DO HEREBY GIVE MY AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT, AND THAT ALL OF THE INFORMATION I HAVE PROVIDED ON THIS FORM IS TRUE AND CORRECT.											
X							DATE				
SIGNATURE OF: _____ (CHECK ONE) <input type="checkbox"/> PARENT <input type="checkbox"/> LEGAL GUARDIAN											

STUDENT'S LAST NAME

FIRST NAME

MIDDLE NAME

*Selected telephone number must be a direct dial number (no extensions)