

# SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

## FORMULARIO DE EMERGENCIA

La siguiente información **es necesaria** para el Expediente de Salud de el/la estudiante. Favor de completar este formulario anualmente, **firmarlo y regresarlo** a la escuela de su estudiante durante horas hábiles.

**\*Nota: Éste no es un formulario para "cambio de residencia"** Si usted se ha cambiado de domicilio, por favor complete y entregue el formulario de verificación de residencia **"Verification of Residency Form"** el cual lo encuentra disponible en la oficina de matrícula de la escuela de su estudiante.

ESTUDIANTE: Apellido	Primer Nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Dama	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	ID#
				Adult School	
Domicilio donde reside el estudiante	Apartamento #	Ciudad	Código Postal	Escuela	Grado

**Por favor indique con una señal al lado derecho**, a quién se le debe de llamar primero al Padre o a la Madre:

**PADRE** \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_

**NOMBRE del Padre** (Indique: Padre/Guardián Legal/Sustituto)

**NOMBRE de la Madre** (Indique: Madre/Guardián Legal/Sustituta)

Teléfono del Hogar # Celular #

Teléfono del Hogar # Celular #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

E-mail - Domicilio Electrónico del Padre

E-mail - Domicilio Electrónico de la Madre

Domicilio del Padre ¿Nuevo Domicilio? NO  \*SÍ

Domicilio de la Madre ¿Nuevo Domicilio? NO  \*SÍ

Domicilio en para Recibir Correo (si es diferente al anterior)

Domicilio en para Recibir Correo (si es diferente al anterior)

Nivel de Educación Escolar que Logró el Padre: sin declarar

Nivel de Educación Escolar que Logró la Madre: sin declarar

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO  SÍ

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO  SÍ

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** anote la información de **dos personas adultas**, que no sean el padre/la madre o guardián. Si el personal escolar no puede localizar a los padres/guardianes, autorizamos a la escuela para que haga entrega de el/la estudiante a: **(Los números de contacto deben de ser locales)**

Primer Contacto: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

Segundo Contacto: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

Clinica/Nombre del Médico de el/la Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Domicilio Teléfono de Contacto para la Clínica / Médico

Doy mi consentimiento para que el personal escolar se comunique con el médico de mi hijo/a: NO  Sí

El/la estudiante está bajo un régimen de medicamento: NO  SÍ

Necesita medicamento durante el horario escolar: NO  SÍ

**Si su estudiante está bajo un régimen de medicamento que necesita administración durante el horario escolar:** Deberá usted entregar el formulario de autorización **"Authorization for Medication Administration"** en la oficina de enfermería escolar. Formulario disponible en: <http://www.sduhsd.net/downloads/>

**EMERGENCIA: Doy consentimiento para que en caso de alguna emergencia:**

El médico familiar, los paramédicos (EMT) y/o el hospital administre/n tratamiento médico a mi hijo/a: NO  Sí

¿Cobertura de Seguro Médico para el/la estudiante? NO  Sí  Seguro Médico a nombre de: El Padre  La Madre

Nombre de la Compañía de Seguro Médico Número de Póliza / Grupo Teléfono de la Compañía de Seguro Médico

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián Legal** Fecha

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma de la Madre/Guardián Legal** Fecha