

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS
TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

Year: 2019-20 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) Empleado Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

2. _____
 Nombre (Padres) Empleado 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

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 cardiacas: _____
 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 PROPACIONADA 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.