

AUTORIZACIÓN DE CUIDADO DE EMERGENCIA DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES O GUARDIANES

POR FAVOR IMPRIMA CON TINTA AZUL O NEGRA

Se debe completar y regresar esta tarjeta para completar el registro

MASCULINO FEMENINO NO BINARIO Grado _____ # de Salón _____ # Estudiantil _____
INFORMACION DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Código Postal _____ # de Teléfono _____

¿Tiene papeles de custodia de menores por orden judicial, acuerdo de dejar/recoger de la escuela u ordines de alejamiento? Sí No
 Si respondió si, por favor dar una copia a la secretaria de la escuela

NOMBRE DE PADRE/MADRE	EMPLEADOR/ COMANDO MILITAR	TELEFONO DE TRABAJO	TELEFONO DE CELULAR	¿VIVE CON EL ESTUDIANTE?	¿PODEMOS CONTACTARLO/A CON MENSAJE DE TEXTO?
PADRE/GUARDIAN				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Correo Electrónico:					
PADRE/GUARDIAN				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Correo Electrónico:					

SI NO NOS PUEDEN LOCALIZAR, UN OFICIAL ESCOLAR AUTORIZADO PUEDE LLAMAR AL SIGUIENTE PARIENTE o AMIGO, CUAL SERA RESPONSABLE POR EL CUIDADO DE MI HIJO/A. INFORMACION DE CONTACTO PRECISO ES MUY IMPORTANTE PARA EL CUIDADO DE SU HIJO/A.

1. NOMBRE _____ # TELEFONO _____ 2. NOMBRE _____ # TELEFONO _____

En el evento que el padre/guardián no puedan ser contactados, la escuela tiene el derecho de actuar en lugar del padre o guardián.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha: _____

En cumplimiento con el Código educacional 12020 del estado:		CONDICION		FECHA	CONDICION		FECHA
¿SU HIJO/A RECIBE MEDICAMENTO DIARIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Si su hijo/a usa medicamento diario, por favor declare:</i>		Si el estudiante tiene alguno, por favor marque con "X"			Si el estudiante tiene alguno, por favor marque con "X"		
NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____		Usa Lentes			Alergias		
FECHA QUE COMENZO _____ DOCTOR: _____ TELEFONO _____		Dolor de Cabeza Frecuente			Condición Ortopédica		
● ¿En caso de emergencia, puede algún oficial escolar contactar al doctor nombrado en relación al estudiante en caso que el padre/guardián no estén disponible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Discapacidad Auditiva			Alergia a Picadura de Abeja		
● ¿Podremos contactar a otro doctor si el suyo no está disponible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Epilepsia o Convulsiones			Condición Cardíaca		
● ¿Puede comunicarse la enfermera escolar en relación a su cuidado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Diabetes			Asma		
La educación física es un requisito estatal, cualquier limitación requiere una nota de médico. Anote cualquier enfermedad seria o accidentes que interfieran con las actividades de educación física: _____		Cirugía u Operaciones			Explique por favor:		
_____		OTRA CONDICION: (por favor explique)					

El Distrito Escolar Elemental de Hueneme presenta reclamos a Medi-Cal por exámenes de salud y servicios básicos dados a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proporcionar servicios adicionales de salud para todos los estudiantes del distrito. **No se les pedirá a los padres pagar por los servicios de salud escolares.**

Doy mi consentimiento para mandar cobros a Medi-Cal/compañías de seguro médico por los servicios de salud escolares proporcionados a mi hijo/a y para el intercambio de información de cobros con la compañía de servicios de cobros del distrito escolar. Por favor ponga sus iniciales _____ SI _____ NO

Firma de Padres/Guardián Legal: _____ Fecha: _____