

FORMULARIO DE INFORMACION DE EMERGENCIA PARA EL ESTUDIANTE

Uso solamente para la oficina:: Grado/Salon: _____ Escuela de origen: _____	Alerta Medica: _____ Custodia: _____ Informacion actualizada el: _____
--	--

INFORMACION DEL ESTUDIANTE:	
Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: -10px;"> Apellido Nombre Segundo Nombre </div>	
Dirección: _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small; margin-top: -10px;">Calle/Ciudad/Código Postal</div>	
Residencia: <input type="checkbox"/> Residencia Permanente <input type="checkbox"/> Compartiendo la vivienda debido a la dificultad, o por otras razones <div style="margin-left: 100px; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal </div> <input type="checkbox"/> Viviendas protegidas/transición/hotel/motel/desenvainado (Complete el formulario de Declaración) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Hay problemas de custodia LEGAL que necesitan ser observado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione documentación legal al director de la escuela	
El Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián(es) Legales <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Esta el niño adoptivo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de identificación del niño adoptivo _____	
Esta el niño en un programa especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Si es si, en cual program? <input type="checkbox"/> RSP <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> SDC <input type="checkbox"/> ELL <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de la última escuela donde el niño asistió: _____ Fecha de ingreso a la escuela de EE.UU _____ Fecha de inscripción por primera vez en ua escuela de EE. UU. _____	

Padre/Tutor		Padre/Tutor	
Nombre		Nombre	
Parentesco del estudiante		Parentesco del estudiante	
Direccion		Direccion	
Telefono		Telefono	
Celular		Celular	
correo electronico		correo electronico	
Nombre del empleo		Nombre del empleo	
Direccion del Trabajo		Direccion del Trabajo	
Telefono del Trabajo		Telefono del Trabajo	
Ocupacion tiene		Ocupacion tiene	
Nivel de Educacion	<input type="checkbox"/> Algunos Anos de Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Algunos Anos de Universidad <input type="checkbox"/> Graduado de Universidad <input type="checkbox"/> Doctorado	Nivel de Educacion	<input type="checkbox"/> Algunos Anos de Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Algunos Anos de Universidad <input type="checkbox"/> Graduado de Universidad <input type="checkbox"/> Doctorado

EMERGENCIA: Si no se pueden localizar a los padres de familia en caso de emergencia se pueden llamar a las siguientes personas y estan autorizados para recoger a los estudiantes de la escuela:			
Nombre	Direccion	No. Telefono	Parentesco

HERMANOS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA:			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

ENCUESTA ETNICO:	
¿Se considera usted ser de origen Hispano/Latino (elija solamente una)?	<input type="checkbox"/> No, no Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Si, Hispano/ Latino Una persona de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Centro o Sudamericano, u otro origen o cultura Española, no obstante la nacionalidad.
¿Cuál de los siguientes grupos describe su raza/nacionalidad? (elija uno o más de uno)	
<input type="checkbox"/> Indígenas de las Américas o Nativos de Alaska. Una persona que tiene orígenes en alguna de las personas nativas de Norte y Sur América (Incluyendo Centro América), y que mantiene afiliación con su tribu o apego con su comunidad. <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Oriental <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Tahitiano	<input type="checkbox"/> Otro asiático. Una persona que tiene orígenes con alguna de las personas nativas del lejano Este, o Sur-Oeste de Asia. <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guamano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacifico. <input type="checkbox"/> Africano o África Americano. Una persona que tiene orígenes con alguno de los grupos raciales de Africa. <input type="checkbox"/> Blanco. Una persona que tiene orígenes con alguna de las personas nativas de Europa, Medio Este, o el Norte de Africa incluyendo algunos con orígenes in Latino América.

INFORMACION MÉDICAL:	
Nombre de la Compañía de Segur: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Other _____	No. de Identificación de Seguro: _____
Hospital: _____	Nombre del doctor: _____
Nombre del dentista: _____	Teléfono: _____
Si es absolutamente necesario en caso de emergencia, las autoridades de la escuela, después de haber hecho todos los esfuerzos de comunicarse con los padres de familia o los adultos designados, y esto no se ha logrado llevaran a su niño/a en una ambulancia al hospital más cercano bajo el costo de los padres de familia.	

CONDICIONES MEDICAS:	
<input type="checkbox"/> Ninguna condición medica	
Está tomando alguna medicina su niño? Si el/ella toman medicina escriba el nombre de la medicina: _____	
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Alergias a comidas Si tiene alergias a que es alérgico/a : _____ Epi-Pen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Convulsiones y Ataques <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Problemas con los oídos	<input type="checkbox"/> Frecuenté sangramiento de nariz <input type="checkbox"/> Educación Física con límites (se requiere una nota del doctor).
*****AVISO*****	
Si es necesario que su niño/a tome medicina en la escuela, Ud. <u>tiene</u> que traer a la escuela una nota escrita por el médico con las instrucciones y el permiso de los padres de familia. La medicina en la escuela <u>tiene</u> que guardarse en el frasco original dado por la farmacia y ser guardado en la oficina de la escuela. <u>Ninguna medicina</u> (ya sean drogas, medicina, con receta o sin receta incluyendo aspirina o cualquier sustituto de aspirina) debe ser administradas en la escuela si no es bajo las condiciones cumplidas en este formulario. Los niños <u>no pueden</u> tener ninguna medicina en sus bolsillos o mochilas.	
La forma de administración del medicamento está disponible en la oficina de la escuela para usted y su médico a firmar.	

ENCUESTA DE IDIOMAS:	
Habla bien (fluido) el inglés su niño/a?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Habla otro idioma bien su niño/a	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Idioma hablan en la casa: _____	
Si la respuesta es Sí, que idioma habla? _____	

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Firma de Padre/Tutor

Fecha