

Alumno #: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/salón: \_\_\_\_\_

Correo electrónico adecuado para el contacto de la escuela \_\_\_\_\_

Numero de teléfono adecuada para llamar en caso de **EMERGENCIAS** o para la Oficina de Asistencia:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Use letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  H  M

Apellido del alumno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Medio de transporte:  A pie  Autobús  Coche privado Horario en que cuidan al niño/a: \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM

Nombre y teléfono del lugar donde cuidan al niño o niña: \_\_\_\_\_

¿Hay cambios en la siguiente información de lo que había el año pasado?:  Sí  No



**El mejor e-mail para el contacto con la escuela:** \_\_\_\_\_

**Padres o persona encargada del o de la estudiante:**

Padre/tutor/1: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Trabajo/ocupación: \_\_\_\_\_

Padre/tutor/2: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Trabajo/ocupación: \_\_\_\_\_

El alumno vive con:  los dos padres  Padre/tutor 1  Padre/tutor 2  el tutor  el encargado (*foster*)

Si los padres se han divorciado, ¿puede el otro padre recoger al niño o niña?  Sí  No (*en ese caso, se necesita que traigan el ACUERDO de CUSDODIA LEGAL a la escuela*)

**EL ACUERDO DE CUSTODIA LEGAL** se encuentra archivado en la oficina de la escuela (si se aplica)  Sí  No

**Domicilio** – ¿actualmente, en dónde está viviendo su alumno/familia? (mandato federal por Que Ningún Niño Se Quede Atrás)

**Por favor marque el cuadrado correspondiente:**

- En un domicilio permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- Compartiendo un hogar con otros temporalmente (otras familias/individuos porque de dificultades económicas o la pérdida de un ser querido)
- En un alberque o programa de transición de vivienda  En un motel/hotel
- Viviendo temporalmente en un carro/un terreno de campamento  Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, enfermedad o cualquier otra cosa**, padre/tutor 1, padre/tutor 2 o encargado será llamado primero. Por favor anote los nombres de tres personas de confianza que **vivan en esta ciudad (QUE NO SEAN LOS PADRES/TUTORES)** que podrían recoger a su hijo o hija de la escuela en caso de emergencia o enfermedad.

Nombre (relación con el alumno)	Dirección	Teléfono durante el día	Teléfono celular
Nombre (relación con el alumno)	Dirección	Teléfono durante el día	Teléfono celular
Nombre (relación con el alumno)	Dirección	Teléfono durante el día	Teléfono celular

**Números de teléfono:**

Teléfono de padre/tutor 1- Este número para llamar en caso de **EMERGENCIAS:** \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo de padre/tutor 1: \_\_\_\_\_

Celular de padre/tutor 1: \_\_\_\_\_

Teléfono de padre/tutor 2: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo de padre/tutor 2: \_\_\_\_\_

Celular de padre/tutor 2: \_\_\_\_\_

**Nombres, edades y escuelas de los hermanos/as**

## TARJETA DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE NOVATO

**Para ayudarnos a cumplir con los requerimientos de una nueva ley federal, por favor conteste las dos preguntas de abajo sobre etnicidad y raza.**

**¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA?**

(Por favor, marque una)

- Hispano o Latino** (una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica o de otra cultura u origen latino, independientemente de su raza)  
 **No Hispano o Latino**

**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)** *La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. No importa la opción que haya elegido, por favor de continúe respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadros, para indicar la que considera que es la raza de su hijo/a.*

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100)<br>(Personas cuyo origen es de los pueblos indígenas de Norte, Centro o Sudamérica) | <input type="checkbox"/> Vietnamita (204)    | <input type="checkbox"/> Otro asiático (299) | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399)  |
| <input type="checkbox"/> Chino (201)   | <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301)      | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino-Americano (400)   |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202)   | <input type="checkbox"/> Laos (206)          | <input type="checkbox"/> Guamés (302)        | <input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro (600)   |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203)   | <input type="checkbox"/> Camboyano (207)     | <input type="checkbox"/> De Samoa (303)      | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África, Asia noroccidental o el Medio Oriente) |
|  | <input type="checkbox"/> Hmong (208)         | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304)     |  |

**Idiomas en casa:**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE

**¿Ha tenido su hijo/a una condición de salud seria o especial que requiera una intervención o restricción médica especial? [explique abajo]  SÍ /  NO**

**Indique abajo si su hijo o hija tiene actualmente o ha tenido lo siguiente:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a algún alimento (qué tipo): _____<br>¿Para eso necesita tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Alergia a los insectos (qué tipo): _____<br>¿Para eso necesita tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Alergia a medicinas (nombre): _____<br><input type="checkbox"/> Otras alergias (qué tipo): _____<br><input type="checkbox"/> Asma (indique la intensidad) <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> severa<br>Asma ocasionada por: <input type="checkbox"/> ejercicio <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> virus de gripa<br>Inhalador de emergencia para asma: _____ | <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Medicina para ataques _____<br>Fecha del último ataque: _____ [Mes/Año]<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Prótesis de brazos, piernas, etc.<br><input type="checkbox"/> Limitación en sus movimientos <input type="checkbox"/> Silla de ruedas<br><input type="checkbox"/> Enfermedades serias, operaciones (por favor, descríbalas abajo): _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Diabetes: Depende de la insulina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Aparato del oído / otros aparatos<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|--|

**Medicinas:** Si su hijo/a necesita medicinas durante el día, **todas las medicinas** deben estar en su envase original con etiqueta y fecha actual, y la escuela debe tener un formulario de **“Autorización de Administración de Medicina”** en sus archivos (consiga uno en la oficina de la escuela). Indique:

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

**Póliza de Seguro Médico:**

Compañía y No. de póliza: \_\_\_\_\_  No. de Medi-Cal: \_\_\_\_\_  No tengo seguro

Nombre de su doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ En caso de emergencia, hospital preferido: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Si es necesario, esta información médica será puesta en una lista confidencial. Para mayor información, comuníquese con la enfermera de la escuela*

### AUTORIZACIÓN

- Yo, el o la abajo firmante, declaro bajo pena de perjurio (mentir) que la dirección del alumno/a en esta tarjeta de emergencia es la correcta y que cualquier cambio debe ser reportado al distrito inmediatamente por quien firma, así como cualquier cambio en la información de esta tarjeta de emergencia, incluida la dirección.
- Yo declaro que he sido informado/a que el distrito no provee seguro médico para los estudiantes que se lastiman.
- Apruebo el procedimiento de emergencia a seguir. Cuando no me puedan contactar, yo autorizo al director y/o a la persona designada en mi lugar en caso de una emergencia, ya sea de enfermedad o accidente, a que pueda arreglar que se haga a mi hijo/a un examen médico, diagnóstico y tratamiento de emergencia. Yo entiendo que soy responsable por los gastos y que el distrito no provee seguro médico para accidentes.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE Y/O ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
FECHA