

**TARJETA CON INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA**

ÚNICAMENTE las personas adultas enumeradas en esta tarjeta de emergencia tendrán autorización para tener contacto con el estudiante nombrado o permiso para llevar consigo al estudiante. *Por favor escriba claramente y cuidadosamente en letra de imprenta.*

Estudiante \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_

- Masculino
- Femenino
- No Binario

Domicilio (donde vive el estudiante) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ #Celular del Estudiante \_\_\_\_\_

**Todos los números de teléfono que proporcione recibirán notificaciones de emergencia. Marque la casilla de hasta 2 números de teléfono para recibir también mensajes / anuncios generales.**

Padre/Guardián viviendo con el estudiante Relación _____	Padre/Guardián 2 Relación _____ ¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/>
Nombre _____ CDE 9600 <input type="checkbox"/>	Nombre _____ CDE 9600 <input type="checkbox"/>
Firma legal completa _____	Firma legal completa _____
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo _____	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo _____
<input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> No mensajes de texto _____	<input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> No mensajes de texto _____
Dirección de correo _____	Dirección de correo _____
Lenguaje de correspondencia _____	Lenguaje de correspondencia _____
Correo electrónico _____ Acceso a información del estudiante en línea: Autorizado <input type="checkbox"/> No Autorizado <input type="checkbox"/>	Correo electrónico _____ Acceso a información del estudiante en línea: Autorizado <input type="checkbox"/> No Autorizado <input type="checkbox"/>

**Por favor circule Guardián o Emergencia para indicar el tipo de contacto para las personas 3 y 4 para llamar si los anteriores no pueden ser contactados en caso de emergencia**

Guardián/Emergencia 3 Relación _____ ¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/>	Guardián/Emergencia 4 Relación _____ ¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/>
Nombre _____	Nombre _____
Firma legal completa _____	Firma legal completa _____
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo _____	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo _____
<input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> No mensajes de texto _____	<input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> No mensajes de texto _____
Dirección de correo _____	Dirección de correo _____
Lenguaje de correspondencia _____	Lenguaje de correspondencia _____
Correo electrónico _____ Acceso a información del estudiante en línea: Autorizado <input type="checkbox"/> No Autorizado <input type="checkbox"/>	Correo electrónico _____ Acceso a información del estudiante en línea: Autorizado <input type="checkbox"/> No Autorizado <input type="checkbox"/>

CONTACTOS ADICIONALES, NO INDICADOS ANTERIORMENTE, AUTORIZACIÓN PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO EL PADRE/GUARDIÁN NO ESTA DISPONIBLE:

(5) Nombre	Firma completa legal	Teléfono Primario	Teléfono Secundario	Relación
(6) Nombre	Firma completa legal	Teléfono Primario	Teléfono Secundario	Relación

CUANDO EL PADRE / GUARDIÁN / ALTERNO NO ESTÁ DISPONIBLE, YO PERMITO QUE LA ESCUELA ENVÍE EN AMBULANCIA AL ESTUDIANTE NOMBRADO EN LA PARTE DE ARRIBA AL HOSPITAL MÁS CERCANO PARA TRATAMIENTO A COSTA MÍA, A:

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_ Proveedor de Seguro / # de ID \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier condición médica que podría resultar en una situación de emergencia:

POR FAVOR MARQUE AQUÍ SI **NO EXISTEN** PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS.

Alergia (picadura de insecto, comida, medicamento, etc.)  Asma  Convulsiones  Diabetes  Impedimento de escucha

Lentes de contacto  Desórdenes neurológicos  Otro \_\_\_\_\_

Otras condiciones de salud mental o de comportamiento: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Si es necesario administrar medicamento durante las horas de escuela, su doctor y el padre debe completar y firmar una solicitud formal. Se mantendrá un archivo anotado de tal administración.