

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LA CIUDAD DE SAN BERNARDINO
FORMULARIO EN CASO DE UNA EMERGENCIA/SALIDA DEL ALUMNO Y EXENCIÓN GENERAL

Nombre del alumno (legal)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de celular del alumno _____ Dirección de correo electrónico del alumno _____

Padre Padre de crianza temporal Tutor Casa hogar Cuidador

Vive con: Sí No

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono del hogar _____

Correo electrónico _____ Teléfono de celular _____

Empleador del padre/tutor _____ Teléfono de trabajo _____

Madre Madre de crianza temporal Tutora Casa hogar Cuidadora

Vive con: Sí No

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono del hogar _____

Correo electrónico _____ Teléfono de celular _____

Empleador de la madre/tutora _____ Teléfono de trabajo _____

CONTACTOS ADULTOS que tienen permiso para sacar al alumno de la escuela:

1. Nombre legal completo _____ Teléfono _____

2. Nombre legal completo _____ Teléfono _____

3. Nombre legal completo _____ Teléfono _____

En este momento, ¿dónde está viviendo su hijo/familia? (marque solamente una casilla)

Esta información se usará para determinar los derechos y servicios del alumno bajo la Ley Cada Estudiante Triunfa de 2016.

- En una casa o apartamento con otra familia debido a dificultades económicas En un albergue o programa de vivienda de transición
 En un motel, automóvil o campamento Bajo colocación en un hogar de crianza temporal o casa hogar En una casa o apartamento unifamiliar Menor sin tutor

Yo sí autorizo, de acuerdo a las estipulaciones del Artículo 2 S.B. del Código Civil de California, que se le preste dicha atención como se crea necesaria por el médico/ consejero médico encargado, en caso de una emergencia y no pueden comunicarse conmigo. También entiendo que se puede llamar a la policía local en ciertas circunstancias a fin de asegurar tratamiento de urgencias.
 No

Firma del padre/tutor _____ fecha _____

Yo sí **Autorización del padre/tutor para fotografías, películas, diapositivas, videos y grabaciones de audio de los alumnos inscritos en programas educativos.** El SBCUSD solicita el permiso para reproducir, a través de medios visuales o de audio, las actividades relacionadas al programa educativo del alumno. Al marcar, 'Sí', usted nos da permiso para usar materiales visuales o de audio del alumno antedicho para aumentar la conciencia pública sobre los programas educativos a través de los medios de comunicación masivos, exhibiciones, folletos, Internet, presentaciones audiovisuales, etc.
 No

Firma del padre/tutor _____ fecha _____

Esta información se necesita en caso de que su hijo se lesiona o llega a enfermarse en la escuela. A menudo, los padres no están en casa el día que algo inesperado sucede y no podemos localizarlos. Por lo tanto, es de suma importancia que tengamos el nombre de un pariente o amigo quienes puedan asumir la responsabilidad de los padres en su ausencia. Al rellenar esta tarjeta, también está dando permiso a aquellos apuntados a recoger a su hijo de la escuela por razones personales tales como citas médicas y dentales o por alguna otra razón por la cual usted mismo no puede recoger a su hijo. Por favor entienda que el Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino no provee seguro médico ni de accidentes para alumnos por lesiones escolares. Hay información disponible por medio de la oficina escolar sobre el seguro de accidentes para alumnos, el cual se puede comprar a precios razonables.

Firma del padre/tutor _____ fecha _____

Fec. Nac.	Sexo	Grado	Identificación estudiantil permanente

MENSAJES DE TEXTO

Doy permiso al Distrito para que se comunique con mi hijo por medio de mensajes de texto. Sí No

(Por favor enviar Y o Yes a 67587 con el celular del alumno para recibir mensajes de texto) _____ iniciales

ALERTA MÉDICA

Me comunicaré con el enfermero registrado del Distrito sobre cualquier afección que requiera atención médica especial en la escuela. _____ iniciales

Problemas de salud: No Sí (marque todos los que correspondan)

- Diabetes
 Alergias severas/EpiPen
 Epilepsia/convulsiones
 Otro _____

Cualquier medicamento que se toma en la escuela requiere una orden médica.

Plan de salud: Kaiser Blue Cross HealthNet
 Medi-Cal PacifiCare IEHP Otro Ninguno

Núm. de identificación del plan de salud: _____

Nombre de su médico o asesor médico _____ Teléfono _____

Doy permiso a la escuela facturar por servicios médicos prestados en el plantel escolar. Sí No _____ iniciales

USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

Teacher	Room	Health Plan: <input type="checkbox"/>
		Nurse Initial _____

Court/Restraining Order:



CHILD DEVELOPMENT PROGRAM

Firmas de Emergencia para Remover al Estudiante

Nombre del Estudiante(s) _____

Nombre Escrito

Firma Legal

Office Staff Only

Confirm inactive drops and transfers on MCT Technology
