

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE VISALIA
TARJETA DE EMERGENCIA**

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE _____

GRADO _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE:

APPELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

MASCULINO
FEMENINO

Domicilio _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Maestro (a) (para grados K-6 solamente) _____

El estudiante vive con: Padres _____ Padre y Madrastra o Madre y Padrastro _____ Tutor _____ Padres de Crianza _____

PADRES O TUTORES CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE

Nombre _____ Nombre _____

Parentesco _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Domicilio _____

Teléfono Principal _____ Acepta textos? Si No Teléfono Principal _____ Acepta textos? Si No

Teléfono Secundario _____ Si No Teléfono Secundario _____ Si No

Empleador _____ Empleador _____

Teléfono del empleo _____ Teléfono del empleo _____

Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

CUSTODIA: ¿Quién tiene custodia legal? _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAME A (ADEMAS DEL PADRE DE FAMILIA)

(estas personas no pueden aclarar las ausencias del estudiante)

Nombre _____ Nombre _____

Parentesco _____ Parentesco _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Principal _____

Teléfono Secundario _____ Teléfono del empleo _____ Teléfono Secundario _____ Teléfono del empleo _____

Si las personas antes mencionadas no están disponibles, yo autorizo a las autoridades escolares que busquen el tratamiento médico necesario en el hospital u otra localidad médica en la vecindad de la escuela. Si No

Antes y después de escuela, mi hijo es atendido por (solo para estudiantes de K-6) Nombre y número de teléfono: _____

Cada año la escuela trata de mantener al día el archivo de la salud de su hijo o hija. Favor de contestar las siguientes preguntas.

El médico(a) de mi hijo es _____ Teléfono _____

¿Tiene su hijo(a) una condición de salud de lo cual la enfermera debería saber?

Si No Si la respuesta es positiva, explique: _____

¿Está limitada su actividad física? Si No De acuerdo con el Código del Estado de California, se debe presentar una DECLARACIÓN DEL MÉDICO por escrito cada año, si la actividad es limitada.

*El Código del Estado de California requiere que un padre / tutor legal informe a la escuela sobre la continuación de la medicina, la dosis actual y el nombre del médico.

Medicina _____ Medico _____

Información del seguro medico: Nombre de la compañía _____ Medi-Cal? Si No

Si su hijo está recibiendo servicios de apoyo, le recomendamos que notifique a la oficina de la escuela.

Los formularios necesarios para medicamentos en la escuela están disponibles en la Oficina de Servicios de Salud Escolar.

VEA EL REVERSO PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

1. TRANSPORTE

La ley prohíbe que un distrito escolar permita que un estudiante sea transportado sin el permiso por escrito del padre o tutor. Las actividades para las que se puede necesitar transporte incluyen actividades extracurriculares en áreas tales como atletismo, música, clubes, excursiones en conexión con clases regulares, etc. **Por favor, MARQUE uno:**

Doy consentimiento **No doy consentimiento**

que mi hijo o hija sea transportado(a) por el Distrito Escolar Unificado de Visalia durante este año escolar en conexión con actividades de clase o extracurriculares donde se necesita transporte proporcionado por la escuela.

2. HERIDAS O LASTIMADURAS

Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Visalia no cuenta con seguro médico o dental para niños lesionados en las instalaciones de la escuela. **INICIALES DEL PADRE / TUTOR** _____

3. RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DEL PADRE / TUTOR

Yo reconozco haber recibido el Directorio de Información del Distrito y la información requerida por el Código de Educación Sección 48980. Mis iniciales a continuación son un reconocimiento de que he sido informado de mis derechos pero no indican que el consentimiento ha sido dado o negado. **INICIALES DEL PADRE / TUTOR** _____

4. ACUERDO DEL USUARIO DE TECNOLOGÍA ESTUDIANTIL Y AUTORIZACIÓN DE PADRES

Yo entiendo que el distrito escolar me proporcionará acceso internet solo con fines educativos. Este acceso es un privilegio, no un derecho. Yo entiendo las consecuencias por no cumplir con las regulaciones del Distrito con respecto al uso de internet. **He leído, entiendo y cumpliré las siguientes normas** (que se encuentran en el Código de Conducta del Estudiante).

1. Recursos Tecnológicos - Definición de Internet y Riesgos de Uso
2. Uso de Internet - Obligaciones y Responsabilidades del Estudiante
3. Reglas de la Etiqueta de Internet - "Netiquette"

FIRMA DEL ESTUDIANTE REQUERIDA

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ **FECHA** _____

AUTORIZACIÓN DE PADRES: Yo pido que mi hijo(a) tenga acceso a la Internet con fines educativos y en conformidad con las normas y los reglamentos del Distrito. He revisado las regulaciones con mi estudiante. Entiendo las consecuencias si se infringen las disposiciones de este acuerdo y no responsabilizaré al Distrito por ningún daño. Puedo contactar a la escuela en cualquier momento para revocar este permiso. **INICIALES DEL PADRE / TUTOR** _____

5. PUBLICACIÓN DE TRABAJO Y FOTOGRAFÍA DEL ESTUDIANTE

La Internet es una herramienta maravillosa que permite compartir con los padres y la comunidad noticias y logros de los estudiantes. Además, puede haber ocasiones en que los padres o el personal de los medios de comunicación incidentalmente fotografíen / graben a los estudiantes mientras participan en actividades educativas. VUSD desea permiso para publicar el trabajo de su hijo y descripciones de sus logros y / o fotografía. Usted tiene el derecho de revocar este permiso en cualquier momento poniéndose en contacto con la oficina de la escuela.

Yo doy mi permiso que la foto, el trabajo y el nombre y apellido de mi hijo sea publicado en el sitio web de VUSD (vusd.org), en las redes sociales de VUSD, en materiales impresos, etc. * Tenga en cuenta que las fotos que son tomadas en eventos públicos y ubicaciones públicas no están sujetas al consentimiento de los padres.

Por favor, MARQUE uno: **Doy consentimiento** **No doy consentimiento**

5. MEDICINAS QUE NO REQUIEREN RECETA MEDICA (SECUNDARIA SOLAMENTE)

Ocasionalmente, los estudiantes se quejan de dolores de cabeza y / o menstruales que no son relacionados con una herida o fiebre. Con su permiso, la enfermera de la escuela puede proporcionarle a su hijo los siguientes medicamentos.

1 a 2 tabletas de Acetaminofén 325 mg cada 4 horas, según sea necesario, o de 1 a 2 tabletas de Ibuprofeno 200 mg cada 6 horas, según sea necesario para el dolor de cabeza y / o el dolor menstrual.

Yo autorizo que la enfermera de la escuela proporcione los medicamentos mencionados anteriormente bajo circunstancias específicas designadas mediante los Procedimientos Estandarizados de Enfermería de VUSD. Acepto, sabiendo que yo mantendré el máximo de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de Visalia de todos y cada uno de los reclamos, daños y causas de acciones o lesiones de cualquier tipo que mi hijo o yo podamos alegar que hayamos sufrido al ingerir dicho medicamento. Mi hijo no tiene alergia conocida a estos medicamentos ni a problemas de salud que los contraindiquen al recibir estos medicamentos.

Por favor, MARQUE uno: **Doy consentimiento** **No doy consentimiento**

PADRE / TUTOR QUE COMPLETÓ ESTE FORMULARIO:

NOMBRE IMPRESO _____ **FIRMA** _____ **FECHA** _____