NOMBRE DEL ESTUDIANTE ❑ **VARÓN** ❑ **Mujer** **Student ID #** _____

ESCUELA SOMIS

AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO DE EMERGENCIA

LO SIGUIENTE ES PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRE (S) O TUTOR(ES) LEGAL(ES)

Debe completarse adelante y atrás, actualizado y devuelto anualmente. Una forma por estudiante. Por favor use tinta azul o negra.

_____
(Apellido) **(Nombre)** **(Inicial de Medio Nombre)**

GRADO_____ **Número del salón**_____ **Fecha de Nacimiento**_____

Importante: Reporte Inmediatamente cambio de contactos dirección, teléfono, o nombre de su doctor.

(Esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocada por escrito ó hasta el repaso del año que viene.)

Domicilio (Hogar) :_____

Dirección donde recibe su correo si es diferente de arriba (como PO BOX etc.) _____

NOMBRE	TELÉFONO CELULAR	EMPLEADO POR	TELÉFONO CELULAR	VIVE CON EL ALUMNO?	CORREO ELECTRONICO
PADRE				SI NO	
MADRE				SI NO	
GUARDIAN				SI NO	

¿Tiene documentos de custodia sobre el niño ordenados por la corte, acuerdos de llevar o traer de la escuela o ordenes de restricción?

Si_____ No_____

******Si respondió SI, favor de entregar una copia a la secretaria de la oficina escuela.*****

CONTACTOS DE EMERGENCIA PRIMER Y ÚLTIMO NOMBRE Debe tener 18 años o mas de edad	RELACION CON EL ESTUDIANTE (TÍA, TÍO, ABUELO/A, AMIGA, ETC.)	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE CASA/TRABAJO

En caso de no que no se puedan comunicarse con los contactos de arriba, la escuela se reserva el derecho de actuar en lugar de los padres o tutores. Si no podemos ser alcanzados un oficial autorizado de la escuela puede llamar al los siguiente amigo(s) o pariente(s) quines asumirán responsabilidad por el cuidado de mi hijo/a. **ES MUY IMPORTANTE PARA EL CUIDADO DE SU HIJO/A QUE USTED PROPORCIONE INFORMACIÓN EXACTA SOBRE LAS PERSONAS O LOS PARIENTES CON LOS CUALES NOS VAYAMOS A COMUNICAR. SI NECESITA AÑADIR MÁS ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL.**

PERMISOS/AVISOS DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES: (Cualquier cambio requiere una notificación por escrito a la escuela).

Ahora estamos digitalizando formularios en papel para reducir el desperdicio excesivo de papel. Por favor, vaya a nuestro sitio web en www.somisusd.org para leer los siguientes documentos o puede venir a recoger una copia impresa en la oficina de la escuela.

1. He recibido y leído el "Aviso de Derechos y Responsabilidades de los Padres" a través del sitio web del Distrito/Escuela o como una copia de la oficina de la escuela SI ☐ NO ☐
2. He recibido y leído el "Manual para estudiantes y padres" a través del sitio web del Distrito/Escuela o como una copia de la oficina de la escuela SI ☐ NO ☐
3. He recibido y leído el "Compacto de Padres/Alumnos/Maestros" a través del sitio web del distrito/escuela o como una copia de la oficina de la escuela SI ☐ NO ☐
4. He recibido y leído la "Política de Uso Aceptable de la Tecnología del Estudiante" a través del sitio web del Distrito/Escuela o como una copia de la oficina de la escuela SI ☐ NO ☐
5. He recibido y leído el "Registro de la Biblioteca" a través del sitio web del Distrito/Escuela o como una copia de la oficina de la escuela SI ☐ NO ☐
6. Doy mi permiso para que mi nombre, dirección y número de teléfono sean dado a las Organizaciones Escolares como el PFO SI ☐ NO ☐
7. Doy mi permiso para que la(s) imagen(es) fotográfica(s) de mi hijo(a) aparezcan en la Foto de la Clase y en el Anuario Escolar SI ☐ NO ☐
8. Doy permiso para que se usen las imágenes fotográficas de mi hijo(a) en el sitio web de la escuela y/o del distrito SI ☐ NO ☐
9. Doy permiso para que se publiquen las imágenes fotográficas de mi hijo(a) en cualquier forma de Medios Públicos (Periódicos, Etc.) SI ☐ NO ☐

HISTORIA / INFORMACIÓN DE SALUD Verifique cualquiera de las condiciones que su hijo/a ha tenido. Explica más abajo en las notas.

CONDICIÓN	SI	CONDICIÓN	SI	CONDICIÓN	SI	CONDICIÓN	SI	CONDICIÓN	SI	ALERGIAS GRAVES	SI	SERVICIOS ESPECIALES	SI
Discapacidad Visual		Infecciones de Los Oídos		Dolores de Cabeza Frecuentes		Diabetes		Problemas Cardiacos		Alérgico/a a las Picaduras de Abeja		Tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)	
Usa Lentes		Asma		Operaciones		Condición Ortopédica		Epilepsia o Convulsiones		Tiene EPI-Pen para Picaduras de Abeja?		Tiene un Plan 504	
Discapacidad Auditiva		Problemas de Riñon		Fiebre Reumática		DÉFICIT DE LA ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA/TDAH)		Alérgico(a) la(s) Medicación(s)		Alérgico a la Comida(s)		Recibe Servicios de Habla	
Usa Aparato del Oído		Tuberculosis		Fiebre de Heno		Toma Medicamentos Para TDA/TDAH		Otras Alergias?		Tiene EPI-Pen para Alergias a las Comida(s)?		Recibe Servicios de Terapia Ocupacional (OT)	

Brevemente, identifique/describa información seria que deberíamos saber sobre cualquier problema de salud como alergias, enfermedades, impedimentos físicos, medicamentos, accidentes, dificultades de aprendizaje (habla, problemas de atención), etc. _____

_____

¿Su hijo/a recibe medicamentos diariamente? SI _____ NO_____

Si su hijo/a usa medicamentos diariamente, identifique/nombra los medicamentos: _____

¿Los medicamentos serán administrados y guardados en la oficina de la escuela? SI _____ NO_____ Si es si, por favor obtenga un formulario de AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTO TOMADO DURANTE HORAS ESCOLARES en la oficina de la escuela y llevarlo al médico para que pueda completarla antes de traer el medicamento a la escuela.

Nombre del Médico del Estudiante: _____Telefono:_____

¿Puede la enfermera de la escuela comunicarse con el médico del estudiante para asesorar al personal de la escuela según sea necesario con respecto a su cuidado? SI ____ NO____

Debido a que la educación física es un requisito del estado, cualquier restricción requiere una declaración del médico si hay enfermedades graves o accidentes que puedan interferir con las actividades de educación física.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: En caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata, por la presente autorizo al Distrito Escolar Union de Somis a obtener transporte y tratamiento de emergencia en nombre de mi hijo/a. El abajo firmante autoriza al hospital a proporcionar el tratamiento adecuado. Entiendo que el hospital hará todos los esfuerzos posibles para contactar al padre o tutor antes de cualquier tratamiento, pero no se retendrá el tratamiento si no se puede contactar al padre o tutor. **También entiendo que el Distrito Escolar Union de Somis no asume ninguna responsabilidad financiera por la atención médica o el transporte en ambulancia.** Estas autorizaciones y permisos serán y permanecerán vigentes para el año escolar actual a menos que se revoquen por escrito. También entiendo que debo contactar a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en la información contenida en esta hoja.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____