

Domicilio o número de teléfono nuevo

Distrito Unificado Dixon

Fecha _____

TARJETA ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN MÉDICO Y DE EMERGENCIA

Nombre: Apellido		Nombre legal		Segundo Nombre		Alumno #	
Grado:	Número de salón:		Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio: Número		Calle		Apt./Unidad	Ciudad	Código Postal	
Número de Teléfono			Idioma que usan en casa:				

Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar			Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar				
Domicilio		Apt./Unidad	Domicilio		Apt./Unidad		
Ciudad		Código Postal	Ciudad		Código Postal		
Correo Electrónico			Correo Electrónico				
Número de teléfono		Número del trabajo		Número de teléfono		Número del trabajo	
Número del celular		Empleador		Número del celular		Empleador	
ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Padre de crianza/guardián <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____							

Persona de comunicar en caso de emergencia (No uno de los padres): En caso que el estudiante nombrado arriba se enferma o es lastimado en la escuela y no se han podido comunicar conmigo, la escuela tiene mi autorización de permitir que mi hijo/a sea entregado a la custodia de una de las siguientes personas (**identificación tendrá que ser verificada para que el estudiante pueda irse con el nombrado**):

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de celular

Mi hijo/a tiene seguro medico Sí No

Proveedor:	# de tarjeta medica:	Número de teléfono:
------------	----------------------	---------------------

Mi hijo/a recibe el cuidado regular para la siguiente condición(es):

<input type="checkbox"/> NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA O			Condición médica es/son: <input type="checkbox"/> poco severo <input type="checkbox"/> muy grave		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ataques	<input type="checkbox"/> Diabetes	¿Insulina es requerida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Alergias/Alérgico a:		Fecha de última reacción	Requiere "Epinephrine": <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Tiene su hijo/a otra condición(es) mayor. Por favor indique:	¿Su hijo/a toma medicamentos?	
	Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
	Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
	Nombre de Medicamento:	Hora de administración:

Otros niños asistiendo escuelas en el distrito de Dixon:		
Nombre	Escuela	Grado

Si mi hijo/a necesita ser transportado a un sitio médico, él/ella será transportado al sitio más cercano. Yo doy mi consentimiento para que tomen las medidas/acciones apropiadas para el bien estar y seguridad de mi hijo/a.

Firma de Padre/Guardián

Para asegurar que su estudiante reciba atención inmediata, **POR FAVOR AVISE A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO DE INFORMACION EN ESTA TARJETA**