

Arena Union Elementary School District
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

POR FAVOR IMPRIMA - NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:	Grado:	Fecha de nacimiento (mes / día / año):
---	---------------	---

Le gusta ser llamado (apodo):	Correo electrónico del estudiante:
--------------------------------------	---

GENERO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Nobinario	Número de teléfono principal:	Teléfono adicional/celular:
--	--------------------------------------	------------------------------------

¿Cómo llega y regresa su hijo de la escuela? Por favor marque todo los que corresponda. Camina AM/PM Vehículo personal AM/PM Bus escolar AM/PM

RUTAS DE AUTOBUS: Point Arena AM/PM Manchester AM/PM Ridge AM/PM Coast AM/PM 2:15 3:15

POR FAVOR INDIQUE LAS PARADAS DE AUTOBÚS DE SU HIJO:

DIRECCIÓN POSTAL (PO Box o casa/apartamento # & nombre de la calle) Ciudad	Estado	Código Postal
---	---------------	----------------------

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (número de casa y nombre de la calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
--	---------------	---------------	----------------------

INFORMACIÓN DE PADRES /GURADIAN LEGAL: ★ Indique el mejor número de teléfono durante el día

Nombre completo:	Teléfono de casa:
-------------------------	--------------------------

Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Foster <input type="checkbox"/> * Guardian Legal	teléfono celular:
---	--------------------------

Empleador:	teléfono del trabajo:
-------------------	------------------------------

correo electrónico:

★ Indique el mejor número de teléfono durante el día

Nombre completo:	Teléfono de casa:
-------------------------	--------------------------

Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Foster <input type="checkbox"/> * Guardian Legal	teléfono celular:
---	--------------------------

Empleador:	teléfono del trabajo:
-------------------	------------------------------

correo electrónico:

* Si usted es el tutor legalmente designado del estudiante, proporcione documentación.
 ¿Tiene el estudiante un padre / tutor en servicio activo con las Fuerzas Armadas o la Guardia Nacional a tiempo completo? Si No
 En caso afirmativo, indique el nombre del padre, la rama militar y el rango: _____

El alumno vive con (Marcar todas las opciones relevantes): Madre Padre Guardian legal Hogar Conjunto Alternando hogares

RESIDENCIA- ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la MCKINNEY VENTO) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s

<input type="checkbox"/> Vivienda unifamiliar permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil) (200)	<input type="checkbox"/> En un motel/hotel (110)	<input type="checkbox"/> Programa de intercambio de internacionales
<input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda en transición (100)	<input type="checkbox"/> Indigente (carro o camping) (130)	
<input type="checkbox"/> compartir vivienda con otras familias / personas debido a dificultades económicas o pérdidas	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	

Si existe un acuerdo de custodia legal con respecto a este estudiante, marque uno: Custodia compartida Custodia exclusiva Tutela legalmente designada

CORREO DUPLICADO (si el acuerdo de custodia permite que se proporcione información / correo duplicado a otro padre)

Nombre completo:	Relación con el estudiante:
-------------------------	------------------------------------

¿Contacto de emergencia para el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Para recibir: <input type="checkbox"/> Copias de todo el correo <input type="checkbox"/> Copia de calificaciones solamente
--	---

¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Teléfono Principal:
---	----------------------------

Dirección postal (apartado postal o número de casa y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal)

CONTACTOS DE EMERGENCIA (Por favor, incluya la relación con el alumno-pariente, amigo, vecino, etc.):

Nombre:	Teléfono:

Por favor complete ambos lados del formulario

Arena Union Elementary School District
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿En qué idioma desea recibir comunicaciones escritas de la escuela? Inglés Español

INFORMACIÓN DE SALUD Y MEDICAMENTOS

Marque aquí si el estudiante NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS

Marque aquí si el estudiante tiene PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS y marque todo lo que corresponda a continuación.

ADD/ADHD Problemas del corazón Convulsiones

Asma Diabetes TIPO 1 TIPO II

Alergia GRAVE a: _____ Epi-Pen Otro: _____

Marque aquí si el estudiante usa lentes / lentes de contacto. Marque aquí si el estudiante tiene pérdida auditiva o audífonos uss Marque aquí si el estudiante tiene desafíos físicos

¿Tiene el estudiante una condición que limita la participación en- actividades en el aula educación física? Explique: _____

MEDICAMENTOS: Indique cualquier medicamento (incluida la dosis) tomado por su hijo para la condición anterior e indique si necesita medicamentos en el hogar, en la escuela o en ambos.
Nota: El Código de Educación de California 49423 requiere que si se toman medicamentos en la escuela, debe haber un formulario de archivo de medicamentos en la escuela, firmado por los padres y el médico. El padre o tutor deberá informar a la enfermera de la escuela o al empleado certificado designado del medicamento que se está tomando.

EN CASA: _____

EN LA ESCUELA _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / DENTISTA Y COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO

Nombre del médico de familia _____ Telephone: _____

Dirección: _____

Facilidad de Emergencia: _____ Telephone: _____

Nombre del dentista _____ Telephone: _____

Dirección: _____

¿Este estudiante tiene seguro médico? Si No ¿Este estudiante tiene seguro dental? Si No

Nombre del seguro de salud e identificación del proveedor del plan de salud: _____

ANAFILAXIS (ALLERGICA) PERMISO

*Código de Educación de California 49414: En caso de que mi hijo/a tenga una reacción (alérgica) severa de anafilaxis, que ponga en peligro su vida durante horas de escuela,

yo/nosotros **Si, doy/damos permiso** **No, doy/damos permiso**

para que un empleado específico de la escuela que haya sido entrenado, suministre la epinefrina por medio de una auto-inyección de emergencia (Epi-pen), bajo la supervisión indirecta de la enfermera de la escuela.

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA Y TRATAMIENTO

En caso de una emergencia, cuando un padre / tutor no está disponible, autorizo al personal de la escuela a hacer los arreglos necesarios para que mi hijo reciba atención médica / hospitalaria, incluido el transporte necesario, de acuerdo con su mejor criterio. Además, autorizo al médico mencionado anteriormente para que se encargue del cuidado de mi hijo, según lo considere necesario. En caso de que dicho médico no esté disponible, autorizo que dicho cuidado y tratamiento sea realizado por un médico o cirujano autorizado. Entiendo que el padre o tutor es responsable del costo de dicha atención de emergencia. Asimismo, nuestra firma a continuación no es suficiente para la divulgación de información confidencial protegida por la ley federal.

La información proporcionada es precisa a mi / nuestro mejor saber y entender, y yo / nosotros entendemos mi / nuestra responsabilidad.

Imprimir nombre completo: _____

Relación con el estudiante: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Imprimir nombre completo: _____

Relación con el estudiante _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

El distrito escolar de Point Arena prohíbe la discriminación, la intimidación, el acoso (incluido el acoso sexual) o la intimidación en función de la edad, la ascendencia, el color, la discapacidad, el origen étnico, el género, la expresión de género, la identidad de género, la información genética, el estado migratorio o el estado civil reales o percibidos de una persona, información médica, origen nacional, estado parental, estado de embarazo, raza, religión, sexo, orientación sexual o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas.) Para preguntas o quejas, comuníquese con: Título Coordinador IX: Dunnell Daleuski (707) 882-2803 o ddaleuski@pauhs.org, Coordinador 504: Michelle Egger (707) 882-2131 o megger@aesfamily.org, Coordinador Título II: Warren Galeffi (707) 882-2803 o wgaleffi@mcn.org

(FOR SCHOOL USE ONLY)

STU PERM #

SSID#

Rev07092022

Por favor complete ambos lados del formulario