

**ARENA ELEMENTARY SCHOOL/Arena Union Elementary School District**  
**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES**

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:		Grado:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):
Le gusta que lo llamen (apodo):		Dirección de correo electrónico del estudiante:	
GENDER: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Nonbinario	TELÉFONO PRIMARIO#:	ALTERNATIVO/CELULAR#:	
¿Cómo llega su hijo a la escuela? Por favor, marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Vehículo Personal <input type="checkbox"/> Viaja en el Bus Escolar			
RUTAS DE AUTOBÚS: <input type="checkbox"/> Point Arena AM/PM <input type="checkbox"/> Manchester AM/PM <input type="checkbox"/> Ridge AM/PM <input type="checkbox"/> Coast AM/PM		<input type="checkbox"/> 2:15. <input type="checkbox"/> 3:15	
ENUMERE LA(S) PARADA(S) DE AUTOBÚS DE SU HIJO(A):			
DIRECCIÓN POSTAL (APARTADO POSTAL O CASA/APARTAMENTO # Y NOMBRE DE LA CALLE) Ciudad		Estado	Código postal
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA (casa/apartamento # y nombre de la calle) Ciudad		Estado	Código postal
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES:		★ STAR Mejor número de teléfono diurno	
Nombre del Padre/Tutor:		Teléfono residencial	
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> *Tutor legal		Teléfono celular:	
Empleador:		Teléfono de trabajo:	
Dirección de correo electrónico:		★ STAR Mejor número de teléfono diurno	
Nombre del Padre/Tutor:		Teléfono residencial	
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> *Tutor legal		Teléfono celular:	
Empleador:		Teléfono de trabajo:	
Dirección de 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el nombre, la rama y el rango de los padres: _____			
El estudiante reside con (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Hogar conjunto <input type="checkbox"/> Hogar alternativo			
RESIDENCIA– ¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (McKinney Vento) – Por favor, marque la casilla correspondiente:			
<input type="checkbox"/> En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil)		<input type="checkbox"/> En un motel/hotel <input type="checkbox"/> Programa de Intercambio Internacional	
<input type="checkbox"/> En un programa de refugio o vivienda transitoria		<input type="checkbox"/> Sin abrigo (coche, camping, etc.)	
<input type="checkbox"/> Duplicado (compartir vivienda con otras familias/individuos debido a dificultades económicas o pérdidas)		<input type="checkbox"/> Otros (especifique):	
Si existe un acuerdo de custodia legal con respecto a este estudiante, por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> Custodia Exclusiva <input type="checkbox"/> Tutela Legalmente Designada			
ENVÍO DE DUPLICADOS (si el acuerdo de custodia permite que se proporcione información por correo duplicado al otro padre)			
Nombre completo:		Relación con el estudiante:	
Emergency contact for student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Para recibir <input type="checkbox"/> Copiar todo el correo <input type="checkbox"/> Copia de calificaciones solamente	
¿Vive con un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No		Número de teléfono:	
Dirección postal (apartado postal o # de casa/apartamento y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal)			
CONTACTOS DE EMERGENCIA (Incluya la relación con el estudiante-pariente, amigo, vecino, etc.):			
Nombre:		Teléfono #:	

Por favor, rellene ambos lados de este formulario

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

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

## INFORMACIÓN SOBRE 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 cardíacos Convulsiones Asma Diabetes TIPO 1 TIPO II ALERGIA SEVERA a: \_\_\_\_\_ Epi-Pen Otros: \_\_\_\_\_ Marque aquí si el estudiante usa anteojos/lentes de contacto. Marque aquí si el estudiante tiene pérdida auditiva o usa audífonos Marque aquí si el estudiante tiene desafíos físicos¿Tiene el estudiante una condición que limita la participación en  las actividades del aula  Educación Física? Explicar: \_\_\_\_\_

**MEDICACIÓN:** Haga una lista de cualquier medicamento (incluida la dosis) que haya tomado su hijo para la afección anterior e indique si necesita medicación en casa, en la escuela o en ambas. Nota: El Código de Educación de California 49423 requiere que si los medicamentos se toman 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 sobre el medicamento que se está tomando.

EN CASA \_\_\_\_\_

EN LA ESCOLAR \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PARA MÉDICOS / DENTISTAS Y COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Nombre del médico de familia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Instalaciones de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Nombre del seguro de salud y del proveedor del plan de salud#: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO ANAFILÁCTICO (ALÉRGICO)

\*Código de Educación de California 49414: En el caso de que mi hijo experimente una reacción anafiláctica (alérgica) grave y potencialmente mortal durante el horario escolar o durante las actividades relacionadas con la escuela, para que el personal escolar capacitado y designado administre el tratamiento de emergencia del autoinyector de epifrina (Epi-pen), bajo la supervisión indirecta de la enfermera de la escuela

Yo/NOSOTROS  DOY MI/NUESTRO CONSENTIMIENTO o  NO DOY MI/NUESTRO CONSENTIMIENTO

for trained designated school staff to administer the epiphine auto-injector (Epi-pen) emergency treatment, under the indirect supervision of the school nurse

## AUTORIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

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 a realizar la atención de mi hijo, según lo considere necesario. En caso de que dicho médico no esté disponible, autorizo que dicha atención y tratamiento sea realizado por un médico o cirujano con licencia. Entiendo que el padre o tutor es responsable del costo de dicha atención de emergencia. Del mismo modo, 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 leal saber y entender, y yo/nosotros entendemos mi/nuestra responsabilidad.

Escriba el nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Notas:

(FOR SCHOOL USE ONLY)

STU PERM #

SSID#

Por favor, rellene ambos lados de este formulario

El Distrito Escolar de Point Arena prohíbe la discriminación, la intimidación, el acoso (incluido el acoso sexual) o el acoso escolar basado en la edad, ascendencia, color, discapacidad, etnia, género, expresión de género, identidad de género, información genética, estado migratorio, estado civil, información médica, origen nacional, estado parental, estado de embarazo, raza, religión, sexo, orientación sexual o asociación con una persona o grupo con uno o más de estas características percibidas. Para preguntas o quejas, comuníquese con: Coordinador del Título IX: Michelle Egger (707) 882-2131, 504 Coordinadora: Michelle Egger, (707) 882-2131, Coordinador del Título II: Warren Galletti (707) 882-2803 o wgalletti@mcn.org )