

Tarjeta de Información en caso de Emergencia – Roseville Joint Union High School District

Apellido del Estudiante _____ Nombre _____
 Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de teléfono de Casa _____
 Numero de teléfono Celular _____

En caso de que el Padre/ Tutor/Asesor no sea localizado, llamara a:
 Nombré/# de teléfonos; casa, trabajo, celular: _____

En caso de un accidente o cualquiera otra emergencia, Yo autorizo al representante de la escuela para que haga lo arreglos que el/ella vea como necesarios para que mi hijo/a pueda recibir atención medica o hospitalaria, incluyendo transportación bajo estas circunstancias. Además autorizo al medico nombrado adjunto o a cualquier medico o tratamiento quirúrgico o procedimiento medico que el/ella considere necesario.

Nombre de Seguro Medico _____ Número de Seguro _____
 Nombre del Hospital _____ Numero de teléfono _____
 Nombre del Medico _____ Numero de teléfono _____

El código Educativo 49480 requiere de que los padres informen a la escuela si su estudiante esta recibiendo medicamento continuo bajo la supervisión medica, y autoriza dar el consentimiento a la enfermera de la escuela para que pueda ponerse en contacto con el medico. SEC No 4.

Favor de anotar si su estudiante tiene alguno de los siguientes padecimientos o esta bajo tratamiento medico:

1. ¿Tiene problemas médicos? Si ___ No ___
 2. ¿Tiene problemas de vista? Si ___ No ___ ¿Tiene que utilizar lentes de armazón continuamente? Si ___ No ___ Usa lentes de contacto Si ___ No ___ De acuerdo al tipo del problema visual cual es la área mas adecuada para el estudiante _____
 Esta bajo el cuidado de un Medico (nombre/# de teléfono) _____
 Comentario _____

3. ¿Tiene problemas auditivos? Si ___ No ___ utiliza aparato auditivo ___ Esta bajo el cuidado de un Medico (nombre/# de Teléfono) _____

4. Esta sujeto a una padecimiento que pueda resultar en una emergencia dentro de la aula, como por ejemplo, ataques epilépticos ___ desmayos ___ asma ___ alergias ___ reacción a una picadura de insectos ___
 Problemas del corazón ___ ADD/ADHD ___ diabetes ___ ¿Que tipo de diabetes tiene? _____
 ¿Utiliza insulina? Si ___ No ___ otros padecimientos _____

¿Esta tomando algún medicamento que tendrá que ser administrado durante el horario de la escuela? Si ___ No ___
 El medicamento es por receta de medico (nombre/# de teléfono) _____

5. ¿Tiene el estudiante una deficiencia física que le limita su participación en eventos deportivos o de desarrollo físico? Si ___ No ___
 Si conteste Si a una deficiencia física, favor de explicar: _____

Esta bajo el cuidado de medico? Si ___ No ___ (nombre/# de teléfono) _____

Fecha _____ / _____ Fecha _____
 Firma de la Madre/ Tutor/Asesor _____ O Firma de Padre/ Tutor/Asesor _____