

# Tarjeta de Información de Emergencia Estudiantes de FUSD

#95 SP

Nombre del niño/niña:	Fecha de Inscripción:	Actualizado:
Dirección (#, Calle, Ciudad):		Correo electrónico:
Teléfono en la casa: (      )	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

<b>Nombre de la Madre o Tutora:</b>	Dirección de la casa (#, Calle, Ciudad):	Teléfono en la casa: (      )
Teléfono celular : (      )	Dirección del Trabajo (#, Calle, Ciudad):	Teléfono en el Trabajo: (      )
<b>Nombre del Padre o Tutor:</b>	Dirección de la casa (#, Calle, Ciudad):	Teléfono en la casa: (      )
Teléfono celular: (      )	Dirección del trabajo (#, Calle, Ciudad):	Teléfono en el trabajo: (      )

*Para poder servirle a su niño o niña en caso de accidente o una enfermedad repentina, es necesario que usted llene esta forma con información precisa de personas a las que podemos llamar en caso de emergencia. Escriba el nombre de por lo menos dos personas que vivan dentro del área geográfica de FUSD. Es su responsabilidad el actualizar esta información cada vez que sea necesario.*

Yo autorizo a las siguientes personas para recoger a mi hijo o hija de la escuela si yo no puedo ser localizada/o:

Nombre:	Dirección (#, Calle, Ciudad):	Teléfono: (      )
Nombre:	Dirección (#, Calle, Ciudad):	Teléfono: (      )
Nombre:	Dirección (#, Calle, Ciudad):	Teléfono: (      )

Las siguientes personas NO pueden recoger a mi hijo o hija de la escuela:

Nombre(s):
------------

Los documentos de la custodia han sido proporcionados y se encuentran en los archivos de la escuela.

Sí    No

Nombre(s) de los niños y niñas inscritos en la distrito:

Apellido (s):	Nombre:	Escuela	Grado:	Maestra/a:

## Información Sobre el Transporte

¿Tomará su hijo/a el autobús escolar <u>A</u> la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tomará su hijo/a el autobús escolar <u>DE</u> la escuela a su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Califica su hijo/a para transportaciones especializado?(Debe de estar especificado en un IEP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica

Last Name/Apellido

First Name/Nombre

Grade/Grado

School/Escuela

Teacher/Maestro

## Información Médica

Si se necesita atención Médica, LLAME:

Proveedor de Atención Primaria de Salud:	Dirección (#, Calle, Ciudad):	Teléfono: (    )
Tiene su niño o niña seguro médico? Nombre de la Compañía de Seguro:	Póliza #:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existen condiciones físicas, médicas o de otro tipo que debemos tener en cuenta? <b>En caso afirmativo</b> precauciones lista:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias lista del niño (medicamentos, alimentos u otras):		
Comentarios adicionales:		
Otras instrucciones especiales:		

### Consentimiento y estreno de tratamiento de emergencia médica

En la presentación de mi / nuestra  Hijo  Hija (Nombre ) \_\_\_\_\_, nació \_\_\_\_\_, para el diagnóstico o tratamiento, yo / nosotros como padres / tutores, voluntariamente su consentimiento a la prestación de esos cuidados y tratamientos médicos, incluyendo los procedimientos de diagnóstico y las transfusiones de sangre, por personal autorizado de pre-hospitalaria y de los miembros del personal del hospital, como a su juicio profesional necesario o en el mejor interés de mi hijo. Yo reconozco que no hay garantías se han hecho para mí como para el efecto de tales exámenes o tratamiento con la condición de niño.

Además, yo / nosotros por este medio doy mi / nuestro consentimiento a Flagstaff Distrito Escolar Unificado de quien será el responsable de mi / nuestro hijo / hija durante el día escolar (y / o autorizados en el lugar antes de los programas y después de la escuela) para coordinar su de rutina o de emergencia médica y cuidado dental y el tratamiento necesario para preservar la salud de mi / nuestro hijo por el tiempo que él / ella está matriculado como estudiante en el distrito.

Yo / Nosotros reconocemos que yo / nosotros no voy a hacer que el distrito financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte para este niño.

He leído este formulario y certifico que entiendo su contenido.

Firma: \_\_\_\_\_

Madre     Padre     Tutor

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