

Special Health Alert: _____

Tarjeta de Emergencia de los Distritos Escolares de Santa Bárbara

Nombre del alumno/a: _____ Fecha nacim.: _____ Grado: _____ Sexo: M F
Apellido Nombre

Dirección: _____ Cód. Postal: _____
Calle Apt. Ciudad

	Madre/Tutora	Padre/Tutor
Nombre (Nombre y apellido)		
Dirección (Calle, Ciudad and Código Postal)		
Teléfono de casa		
Teléfono del trabajo		
Número de teléfono alternativo		
Dirección de correo electrónico		

El/la alumno/a vive con: Ambos padres Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor/a-Otro: _____

CONTACTOS ALTERNATIVOS

Por favor, indiquen las personas **diferentes de los padres/tutores** a las que podamos llamar en el caso de que su alumno/a necesite tratamiento médico por enfermedad o lesión. **Por favor, indiquen los cuatro contactos de abajo.**

Nombre	Número de teléfono	Relación
1.		
2.		
3.		

Además, por favor, indiquen alguna persona de otro estado con su número de teléfono en el caso de un desastre:

4.		
----	--	--

En caso de un desastre (Marquen uno) Mantengan a mi hijo/a en la escuela Dejen salir a mi hijo/a con alguna de las personas de la lista anterior.

INFORMACIÓN MEDICA

DOCTOR: _____ Teléfono: _____

Por favor, asistan al Departamento de Servicios de Salud a servir mejor a sus hijos respondiendo estas preguntas:

¿Su hijo/a ha tenido algo de lo siguiente?:

Sí No

Diabetes
Ataques epilépticos
Si contesta sí, fecha del último ataque _____
Asma
Alergias a:
Abejas/Insectos
Alimentos
Medicinas
Otro _____

¿Su hijo/a necesita algo de lo siguiente?

Sí No

Lentes/gafas
Aparatos de sordera
Ayudas para caminar
(silla de ruedas, caminador, muletas)
Medicinas
Si contesta sí, en la escuela
 en casa
Medicina(s): _____

Sí No

¿Alguna vez su hijo/a ha recibido Terapia del Lenguaje (Logopedia)?
¿Alguna vez su hijo/a ha tenido un accidente serio, operaciones u hospitalizaciones?
¿Su hijo/a necesita algún servicio médico en la escuela?
¿Su hijo/a tiene historial de infecciones de oído frecuentes?
¿Su hijo/a tiene alguna dificultad adicional?

Si contestó que sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor, expliquen:

Si mi hijo/a sufre una lesión o enfermedad grave, entiendo que se le administrarán primeros auxilios de acuerdo con las normas de las escuelas locales. Si no se puede localizar por teléfono a ninguna de las personas alternativas, por favor, llamen al médico arriba indicado o transporten a mi hijo/a a un centro médico. Sé que los centros médicos, en la mayoría de los casos, no dan tratamiento a menores sin la autorización de los padres. Entiendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad económica por el tratamiento médico ni por el transporte.

Firma: _____ Fecha: _____