

## 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		

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 MÉDICA

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?:**

**¿Su hijo/a necesita algo de lo siguiente?**

	Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contesta sí, fecha del último ataque _____		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a:		
Abejas/Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
Lentes/gafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparatos de sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas para caminar (silla de ruedas, caminador, muletas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contesta sí, <input type="checkbox"/> en la escuela <input type="checkbox"/> en casa		
Medicina(s): _____		

	Sí	No
¿Alguna vez su hijo/a ha recibido Terapia del Lenguaje (Logopedia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo/a ha tenido un accidente serio, operaciones u hospitalizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a necesita algún servicio médico en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a tiene historial de infecciones de oído frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a tiene alguna dificultad adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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: \_\_\_\_\_