

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS  
TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

Year : \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
Teacher : \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento

X \_\_\_\_\_  
Domicilio Teléfono de casa Dirección de Correo Electrónico

**EN CASO DE EMERGENCIA, ES IMPORTANTE PARA LA SEGURIDAD DE SU NIÑO QUE TENGAMOS LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTA TARJETA.**

1. \_\_\_\_\_  
Nombre (Padres) Empleado Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

2. \_\_\_\_\_  
Nombre (Padres) Empleado Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

**ES MUY IMPORTANTE, EN CASO QUE LOS PADRES NO PUEDAN SER CONTACTADOS, QUE (2) DOS NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO ADICIONALES SE PROPORCIONEN. POR FAVOR INDIQUE A CONTINUACION:**

3. \_\_\_\_\_  
Nombre del contacto alternativo (local) Relación Teléfono

4. \_\_\_\_\_  
Nombre del contacto alternativo (local) Relación Teléfono

**SI NINGUNA DE LAS PERSONAS EN LA LISTA ESTÁ DISPONIBLE, SU NIÑO/A SERÁ TRANSPORTADO POR AMBULANCIA AL HOSPITAL.**

**Hermanos en la escuela:**

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**CONDICIONES MÉDICA(S)-** Marque todo que aplica  
SI NADA APLICA marque aquí   
 ADHD  
 Asma, necesita inhalador en la escuela:  sí  no  
 Diabetes, necesita insulina en la escuela:  sí  no  
 Enfermedades cardiacas: \_\_\_\_\_  
 Historia de ataques epilépticos: \_\_\_\_\_  
 Pérdida de la audición, usa audífono(s):  R  L  
 Problemas de la vista  usa lentes  usa lentes de contacto  
 Otro problema de salud: \_\_\_\_\_  
 Historia de traumatismo craneoencefálico fechas: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS-** Marque todo que aplica  
Si no hay alergias conocidas marque aquí   
 Reacción a picaduras de abeja  
 Alergia de comida o otra alergia (por favor lista): \_\_\_\_\_  
 Alergia de medicina, explique: \_\_\_\_\_  
 Otra alergia explique: \_\_\_\_\_  
 **Marque aquí si su hijo/a ha tenido una reacción anafiláctica**  
Requiere su hijo/a medicamentos para tratar las alergias:  
 sí  no  
**SI SE REQUIEREN MEDICAMENTOS PARA TRATAR UNA REACCION ALERGICA, POR FAVOR COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE LA ESCUELA O VISITE EL SITIO WEB DE LA ESCUELA PARA OBTENER LAS FORMULARIOS NECESARIOS.**

**MEDICAMENTOS-** Lista de medicamentos. Si no toma ninguno marque aquí:   
Nombre de medicamento/dosis/tiempo de uso: \_\_\_\_\_  
Es alguno de las medicamentos indicados usado en la escuela?  sí  no  
**SI LOS MEDICAMENTOS SON NECESARIOS EN LA ESCUELA UNA FORMA DE PERMISO DE LOS PADRES FIRMADO Y PARA LOS MÉDICOS ES NECESARIO, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR PARA OBTENER LAS FORMAS NECESARIAS.**

**Números telefónicos de proveedores médicos:**  
Nombre del medico/teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre de dentista/teléfono: \_\_\_\_\_  
Tiene su hijo/hija seguro medico?  sí  no Nombre del proveedor de seguro: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACION DE SALUD PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO PUEDE COMPARTIRSE CON EL PERSONAL EXCOLAR APROPIADO CUANDO SEA REQUERIDA CON EL FIN DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y BIENESTAR DE SU HIJO/A. POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SI TIENE ALGUNA DUDA O PREGUNTA AL RESPECTO.**

Firma de los padres o tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Yo certifico, bajo mi conocimiento, que la información mencionada arriba es correcta y verdadera.**