

Domicilio o número de teléfono nuevo

Distrito Unificado Dixon

Fecha \_\_\_\_\_

**TARJETA ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN MÉDICO Y DE EMERGENCIA**

<b>Nombre: Apellido</b>		<b>Nombre legal</b>		<b>Segundo Nombre</b>		<b>Alumno #</b>	
Grado:	Número de salón:		Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio: Número		Calle		Apt./Unidad	Ciudad	Código Postal	
Número de Teléfono			Idioma que usan en casa:				

Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar			Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar		
Domicilio		Apt./Unidad	Domicilio		Apt./Unidad
Ciudad		Código Postal	Ciudad		Código Postal
Correo Electrónico			Correo Electrónico		
Número de teléfono		Número del trabajo	Número de teléfono		Número del trabajo
Número del celular		Empleador	Número del celular		Empleador

ESTUDIANTE VIVE CON:  Mamá  Papá  Padre de crianza/guardián  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Persona de comunicar en caso de emergencia (No uno de los padres):** En caso que el estudiante nombrado arriba se enferma o es lastimado en la escuela y no se han podido comunicar conmigo, la escuela tiene mi autorización de permitir que mi hijo/a sea entregado a la custodia de una de las siguientes personas (**identificación tendrá que ser verificada para que el estudiante pueda irse con el nombrado**):

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de celular

Mi hijo/a tiene seguro medico  Sí  No

Proveedor:	# de tarjeta medica:	Número de teléfono:
------------	----------------------	---------------------

**Mi hijo/a recibe el cuidado regular para la siguiente condición(es):**

**NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA**    **O**    **Condición médica es/son:**  poco severo  muy grave

Asma     Ataques     Diabetes    ¿Insulina es requerida?     Sí     No

Alergias/Alérgico a:    Fecha de última reacción    Requiere "Epinephrine":     Sí     No

<b>Tiene su hijo/a otra condición(es) mayor. Por favor indique:</b>	<b>¿Su hijo/a toma medicamentos?</b>	
	Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
	Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
	Nombre de Medicamento:	Hora de administración:

**Otros niños asistiendo escuelas en el distrito de Dixon:**

Nombre	Escuela	Grado

Si mi hijo/a necesita ser transportado a un sitio médico, él/ella será transportado al sitio más cercano. Yo doy mi consentimiento para que tomen las medidas/acciones apropiadas para el bien estar y seguridad de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián