

NO TIENEN AUTORIZADO EL ACCESO

Indique aquí si hay alguna persona que **NO DEBE TENER ACCESO** al estudiante:
Entréguele copia de la orden de protección a la escuela.

| Nombre | Parentesco | ¿Existe una orden de protección? | Fecha de vigencia de la orden judicial |
|--------|------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

INFORMACIÓN SOBRE SALUD

Nombre del médico o clínica: _____ Teléfono _____

- Alergólogo/inmunólogo Cardiólogo Dermatólogo Especialista en el desarrollo y la conducta
 Neurólogo Neumólogo Otro _____

Alerta de salud

¿Tiene el estudiante algún problema de salud que pueda afectar su participación en actividades físicas? Sí No

Limitaciones _____

(p. ej., subir escaleras, participar en educación física)

Diagnósticos conocidos (marque todo lo que corresponda)

- Asma Convulsiones Alergias/Anafilaxia Diabetes Ninguno Otro _____

Alergias (marque todo lo que corresponda)

- Lácteos Huevos Maní (cacahuete) Frutos secos (otras nueces) Pescado
 Mariscos Soya Trigo Otro _____

Mi hijo (marque con una "X" lo que corresponda): Tiene seguro médico privado Tiene Medicaid No tiene seguro médico
Si marcó "No tiene seguro médico", ¿está dispuesto a compartir la información de contacto de esta tarjeta para recibir información sobre opciones de seguro? Sí No

Se entiende que, si ocurre una emergencia, prevalecerá el criterio de las autoridades escolares.
Respetaremos las indicaciones del padre en la medida de lo posible.

HERMANOS

| Apellido del hermano | Nombre del hermano | Escuela a la que asiste el hermano |
|----------------------|--------------------|------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

- Al marcar esta casilla, acepto que padres líderes voluntarios elegidos a nivel de la escuela, el distrito o la Ciudad se comuniquen conmigo con respecto a eventos, novedades y otros asuntos relacionados con mi comunidad educativa.
 Al marcar esta casilla, acepto que se le divulgue mi información de contacto a padres líderes voluntarios elegidos a nivel de la escuela, el distrito o la Ciudad, de tal manera que se comuniquen conmigo para ponerme al día sobre eventos y otros asuntos relacionados con mi comunidad educativa.

Todos los cambios en la información de esta tarjeta se comunicarán por escrito al director de la escuela

Firma del padre o tutor

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE / FOR OFFICE USE ONLY

Esta sección la debe llenar el personal escolar únicamente. / To be completed by school staff only.

Grade _____ Class _____ Room No. _____ Teacher _____

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record _____

| Date | Contact | Reason | Disposition |
|------|---------|--------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |