

Distrito Escolar Unificado de San Francisco Fecha: _____
*** 2018-2019 * TARJETA DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA CASOS DE EMERGENCIA**

(Esta tarjeta se debe de completar cada año escolar)

NOMBRE: _____ **HO#:** _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Escuela: **ALAMO ELEMENTARY SCHOOL** Grado: _____ Edad: _____ Aula principal/Aula#: _____

Fecha de Nacimiento:

<small>Mes</small>	<small>Día</small>	<small>Año</small>					

 Sexo: M F Non

Domicilio: _____ Apartamento #: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Teléfono del domicilio: _____ Idioma que se habla en el hogar _____

Padre de familia/tutor/encargado:		Padre de familia/tutor/encargado:	
Domicilio:		Domicilio:	
Empleador:		Empleador:	
Teléfono del domicilio:	Teléfono del trabajo:	Teléfono del domicilio:	Teléfono del trabajo:
Teléfono celular:	Correo electrónico:	Teléfono celular:	Correo electrónico:

EL ESTUDIANTE VIVE CON: La madre El padre Tutor/Encargado Otro (especifique) _____

PERSONAS A QUIENES SE LES DEBE DE AVISAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA, en caso de que el estudiante, cuyo nombre anoté en la sección superior de esta carta, se enferme o lesione en la escuela **y no me puedan avisar**, las autoridades escolares tienen mi permiso para llamar y permitir que mi hijo abandone las instalaciones de la escuela acompañado por cualquiera de las personas siguientes:

#	Nombre	Parentesco	N° de Teléfono del domicilio	N° de teléfono del celular
1.				
2.				
3.				

Mi hijo/a tiene seguro de salud: Sí No En caso afirmativo, escriba el nombre del Seguro: _____ N° póliza/miembro _____

Médico del estudiante: _____ Teléfono: _____

Para asegurarse que el estudiante reciba atención inmediata, **POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DE ESTA TARJETA.**

*****IMPORTANTE: Por favor rellene la tarjeta*****

NO TIENE CONDICIONES MÉDICAS

MI HIJO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS:

Asma Convulsiones Diabetes requiere insulina Sí No Alergias requiere epinefrina Sí No

Alergias/Alérgico a: _____ Fecha de la última reacción alérgica: _____

¿Tiene su hijo algún otro problema de salud grave?: Sí (por favor descríbalo) NO

1. _____ 2. _____

¿Está su hijo tomando medicamento(s)? Sí (por favor escriba el medicamento y el horario cuando debe tomarlos) No

Medicamento: _____ Horario cuando debe tomarlo: _____

Otros hijos que asisten a escuelas del SFUSD son:

Nombre	Escuela	Grado

Si mi hijo necesita ser llevado a un centro de urgencias, se le llevará al más cercano. Doy mi consentimiento para que las autoridades de la escuela tomen las medidas adecuadas para la seguridad y bienestar de mi hijo.	No doy mi consentimiento <input type="checkbox"/>
Al igual que muchas escuelas en California, el SFUSD, en colaboración con los Servicios de Atención Médica del Departamento de California, participa en un programa que le permite al Distrito Escolar ser reembolsado con fondos federales para servicios seleccionados de salud que se le proporcionan a los alumnos en la escuela y quienes califican para Medi-Cal. Este programa genera fondos que apoyan algunos gastos del personal y el equipo necesario para los servicios prestados. Con su firma, usted nos indica que nos da su consentimiento de solicitar el reembolso por parte del Estado para los beneficios de Medi-Cal en nombre de su hijo, si su hijo califica para este programa o si en un futuro es elegible. No existe un costo o penalización si usted da o no su consentimiento. Sencillamente le da al Distrito Escolar el derecho de tener acceso a apoyos gubernamentales adicionales.	No doy mi consentimiento <input type="checkbox"/>
Otorgo consentimiento al SFUSD para dar a conocer información (por ejemplo, Numero de identificación del alumno, Apellido, Nombre, Fecha de nacimiento, Sexo, Domicilio del alumno, Plantel escolar, Grado, Información de educación especial (IEP/IFSP) sobre la participación de mi hijo en las evaluaciones de la salud (por ejemplo, Salud/Nutrición, condición psicosocial, Educación sobre la salud/Orientación de prevención, Audición, Visión, Desarrollo) con el único propósito de facturación del Medi-Cal	

Según mi conocimiento toda la información que proporcioné en esta Tarjeta para Casos de Emergencia es verdadera y exacta. Estoy de acuerdo con las declaraciones de consentimiento antes mencionadas, a menos que mi consentimiento se haya negado específicamente como se indica con una marca en la casilla.

Fecha: _____

Firma del padre de familia o tutor

*****IMPORTANTE: Por favor rellene y firme la tarjeta*****