

Room No.

OTRAS PERSONAS PARA COMUNICARSE EN CASOS DE EMERGENCIA

Nombre	Apellido	Parentesco	Ciudad	()	Casa ☐	Celular ☐	Empleo ☐
Nombre	Apellido	Parentesco	Ciudad	()	Casa ☐	Celular ☐	Empleo ☐
Nombre	Apellido	Parentesco	Ciudad	()	Casa ☐	Celular ☐	Empleo ☐

INFORMACIÓN ESCOLAR

¿Ha asistido este estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Escolar Ontario-Montclair? ☐ No ☐ Sí Nombre de la escuela _____

¿Ha asistido este estudiante alguna vez a una escuela en el estado de California? ☐ No ☐ Sí Nombre de la escuela _____

¿Ha repetido el estudiante algún grado? ☐ Sí ¿Cuál grado? _____ ☐ No

¿Ha sido este estudiante expulsado o se encuentra en el proceso de ser expulsado? ☐ Sí ☐ No

Última escuela a la asistió: _____ Último grado que cursó _____

Nombre de la escuela Ciudad/Estado Número de teléfono

¿ES EL ESTUDIANTE**Raza: (marque todas las casillas que correspondan)**

HISPANO O LATINO?	☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska	Asiático/ Indochino	☐ Indio asiático	☐ Camboyano	☐ Chino	Isleño del Pacífico	☐ Guamanian	☐ Hawaiano
☐ Si ☐ No	☐ Negro o Afroamericano	☐ Hmong	☐ Japonés	☐ Coreano	☐ Samoano	☐ Tahitiano		
	☐ Filipino	☐ Laosiano	☐ Vietnamés	☐ Otros asiáticos	☐ Otro isleño del pacífico			
	☐ Blanco							

Apoyo para la familia: por favor conteste las siguientes 2 preguntas:**1. ¿Dónde vive actualmente su hijo(a)/familia?:**

- ☐ en un hotel/motel
- ☐ en un albergue o está incluido en un sistema de alojamiento temporal
- ☐ en un automóvil, campamento, residencia temporal
- ☐ debido a problemas económicos vivimos con más de una familia en una casa o apartamento
- ☐ menor desamparado (no tiene tutor legal)
- ☐ Ninguna de las razones anteriores aplica

2. ¿Le gustaría que alguien se comunicara con usted para obtener información sobre los recursos que se le pueden ofrecer? Sí ___ No ___**CONDICIONES DE SALUD/ MEDICAMENTOS**

¿Tiene el estudiante alguna alergia? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, por favor especifique: _____

¿Tiene este estudiante algún problema de salud? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, por favor especifique: _____

¿Toma este estudiante algún medicamento? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, por favor especifique: _____

Plan de cuidado de salud/seguro médico: ☐ Kaiser ☐ Blue Cross ☐ Medi-Cal ☐ Otro, especifique: _____

Número de identificación de miembro: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares pasen la cuenta médica a Medi-Cal o a mi seguro médico por los servicios médicos y de salud conductual prestados en la escuela. ☐ Sí ☐ No

Nota: Si es necesario administrarle medicamento al estudiante en la escuela, se debe pedir un formulario de autorización en la oficina de la escuela y completarlo.

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia y que no se puedan comunicar conmigo, doy mi consentimiento para que se le brinde atención médica a mi hijo(a) según lo crea necesario la enfermera, médico, paramédico u hospital encargado. También doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea transportado a casa o a la casa de la persona designada por el personal del Distrito para cuidar de mi hijo(a) en caso de una enfermedad o problema de salud.

Iniciales

Yo/Nosotros hemos repasado este documento de dos páginas y en mi/nuestra opinión, la información contenida aquí es verdadera y completa. El abajo firmante declara bajo pena de perjurio que ellos son los padres o tutores legales del estudiante mencionado anteriormente y otorgan la autorización citada anteriormente.

Fecha: _____ Firma del padre/tutor legal _____