

OTRAS PERSONAS PARA COMUNICARSE EN CASOS DE EMERGENCIA

Nombre _____	Apellido _____	Parentesco _____	Ciudad _____	(_____) _____ Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/>
Nombre _____	Apellido _____	Parentesco _____	Ciudad _____	(_____) _____ Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/>
Nombre _____	Apellido _____	Parentesco _____	Ciudad _____	(_____) _____ Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Guamanian	<input type="checkbox"/> Hawaiano
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/> Otros asiáticos	<input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico	<u>Isleño del Pacífico</u>	

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: _____

Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares pasen la cuenta médica a Medi-Cal o a mi seguro médico por los servicios médicos 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 _____