

LIBERTY HIGH SCHOOL

FICHA DE EMERGENCIAS

Apellido del alumno:		Nombre del alumno:		Inicial de Segundo Nombre:	
Domicilio: ¿Es diferente al domicilio del último año escolar?		Ciudad		Código Postal	Teléfono
Escuela	Año	Grado	Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Padres/Tutores	Domicilio (si es diferente)		Ciudad/Código Postal		Parentesco
Nombre de la Madre	Ocupación de la Madre	Empleador de la Madre		Número de Teléfono Laboral	
				Número de Teléfono Celular	
Nombre del Padre	Ocupación del Padre	Empleador del Padre		Número de Teléfono Laboral	
				Número de Teléfono Celular	
Médico/Practicante _____ Teléfono _____			Consideraciones especiales de Salud 1. _____ 2. _____ 3. _____		
Número de Tarjeta Médica _____					
Dirección del Médico: _____					
Hospital: _____					

SI NO PUEDE SER CONTACTADO, INDIQUE CUATRO PERSONAS QUE PUE DAN ESTAR DISPONIBLES EN CASO DE EMERGENCIA O CATASTROFE

Nombre	Parentesco	Domicilio/ Ciudad	Teléfono
1.			()
2.			()
3.			()
4.			()

Dirección de Correo Electrónico de Padres

Dirección de Correo Electrónico de Alumno

Estimados Padres/Tutores

La siguiente información será utilizada en el caso que su niño se enferme o se lastime mientras se encuentra en la escuela, o en caso de una inminente catástrofe y usted no pueda ser contactado. En caso de lesiones menores se le darán primeros auxilios. Se entiende que las indicaciones de esta ficha permanecerán en vigencia hasta que alguno de los padres/tutores indique lo contrario.

Indique la acción que usted quiere que la escuela realice en caso de lesión o enfermedad grave:

1. El niño debe ser puesto al cuidado de su médico personal (como se indica al dorso). Si No
 El niño debe ser puesto al cuidado del Practicante de la Ciencia Cristiana (como se indica al dorso). Si No
2. Si el médico/ayudante no puede ser contactado inmediatamente, ¿Qué acción debería tomarse? _____

3. En el caso de lesión en la boca o en dientes indique el dentista familiar. Nombre: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____

Formulario continúa al dorso

REQUISITOS PARA EDUCACIÓN FÍSICA

El Estado de California (E.C. 51222) establece que todo niño debe tomar clases de Educación Física salvo excepciones legales, bajo E.C. 51241o E.C. 51246. Cuando haya una legítima razón para que un alumno sea exceptuado de sus clases de Educación Física por una semana o menos, por favor enviar una nota por el alumno a la oficina de salud. Cuando la excepción dure más de una semana, un formulario debe ser completado y firmado por el médico.

¿Existe alguna razón por la cual este alumno no deba asistir a su clase de educación física? **Si** **No**

Si la respuesta es “Si”, por favor proporcione el justificativo médico y fundamente las razones:

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. Nivel de Educación de los Padres:

Por favor indicar el nivel más alto de educación alcanzado por alguno de los padres/tutores:

Marque solo uno

- [14] No graduado de escuela secundaria
- [13] Graduado de Escuela Secundaria o Certificado de Formación Educativa General (GED)
- [12] Experiencia Universitaria/Grado de Técnico (Associate’s Degree)
- [11] Graduado Universitario – Grado de Licenciatura (Bachelor’s Degree)
- [10] Post-Título Universitario – Master o superior

2. Idioma de la correspondencia: _____

3. Principal dirección de correo electrónico de los padres para toda la correspondencia escolar:

4. Nombre de los Padres/Tutores con los cuales vive el alumno:

Nombre:	Parentesco:
Nombre:	Parentesco:

5. Si la custodia se comparte, por favor indicar el nombre y la información de contacto del Padre/Tutor alternativo:

Nombre:	Domicilio:
Teléfono:	Teléfono Celular:

6. Hermanos:

Nombre	Grado	Sexo	Fecha de Nacimiento	Escuela
1.				
2.				
3.				