



**ROBERT F. KENNEDY HIGH SCHOOL
 DELANO JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
 FORMA DE EMERGENCIA**

Favor de completar y regresar a la escuela:

Estudiante ID#

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Grado: _____

Ultima Escuela Atendida: _____ Lenguaje del Hogar: _____

Estudiante vive con: Los Padres ___ Padre ___ Madre ___ Guardian ___ L

Hay ordenes de restricci3n de las cortes de remover/visitar el estudiante de la escuela: Si ___ No ___
 ("Si", favor de presentar los documentos a nuestra oficina)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ C3digo Postal: _____

Telefono #: _____ Celular #: _____ Email: _____

Nombre del Padre: _____ Lugar de Empleo: _____ Tel3fono de Empleo: _____

Nombre del Madre: _____ Lugar de Empleo: _____ Tel3fono de Empleo: _____

Tenga en cuenta que si su hijo/hija debe ser recogido de la escuela en cualquier momento durante el horario escolar regular por cualquier persona que no sea el tutor legal o el padre, el personal de la oficina de asistencia debe recibir una llamada telef3nica del padre o guardi3n legal o tambi3n mandar con una nota antes de recojer al estudiante. Oficina de asistencia 720-5104, 720-5131, 720-5130, 720-5105.

Contactos de emergencia:

Nombre: _____ Relaci3n: _____ Tel3fono: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____ Relaci3n: _____ Tel3fono: _____

Domicilio: _____

Informacion M3dica del Estudiante:

Nombre de Doctor: _____ Domicilio: _____ Telefono: _____

Informaci3n e historia m3dica del estudiante:

___ Asma ___ Convulsiones/Ataques ___ Problemas de Habla ___ Diabetes ___ Alergias (cuales) _____

___ Problemas de Corazon ___ Problemas de Escucha ___ Problemas de Vista ___ A Shunt ___ Depresion ___ Cirugias _____

El estudiante usa: ___ Lentes ___ Asistente de Escucha. El estudiante tiene incapacidades que requieren atencion particular? Si No

(Cuales) _____

El estudiante ha estado en clases de educacion especial? SI ___ NO ___ (Cuales) _____

El estudiante usa medicamentos regularmente? SI ___ NO ___ (Cuales) _____

Yo autorizo que la escuela actue como agente para consentier exámenes de rayos x, anestecia, diagnosis recomendado bajo supervisi3n espacial o general de un m3dico/cirujano o tratamiento por la Ley de Practica M3dica para estudiante nombrado. Yo doy mi permiso al personal de la escuela para transportar a mi hijo/hija en caso de emergencia y en viajes supervisados.

 Firma de Padre/Guardian

 Fecha