

Nombre del Estudiante _____ **Inicial** _____ **Apellido del Estudiante** _____

AUTORIZACION DE EMERGENCIA

Debe ser llenada; , puesta al día y regresada cada año. Llenada por completo por el Padre/Guardian **Favor de hacer copia**

Dir eccion _____ **Numero y Nombre de la Calle** _____ **Ciudad** _____ **Codigo Postal** _____

Teléfono de casa _____ Masculino _____ Femenino _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Guardian	Relacion con el Estudiante	Vive en Casa?	Lugar donde Trabaja	Telefono del Trabajo
Direc. del Padre/Guardian si es diferente del Estudiante	No. Telefono de casa	Fax #	Correo Electronico	Cel #

Nombre del Padre/Guardian	Relacion con el Estudiante	Vive en Casa?	Lugar donde Trabaja	Telefono del trabajo
Address of Parent/Guardian if different from Student	Home Phone	Fax #	E mail address	Cel #

Importante: En caso de que no pueden comunicarse con la persona que firma abajo, un empleado autorizado de la escuela puede hablar SOLO a los amigos adultos o familiares que puedan hacerse responsables para el cuidado de mi hijo. Yo tambien autorizo a la escuela a entregar mi hijo a cualquiera de las siguientes en caso de un temblor o un desastre. Favor de incluir solo gente local, si es posible. Asegurese de que la gente que usted escoja saben que estan en la lista y acuerdenles de que estan en esta lista durante el año escolar. Deben enseñar su identificación para que les entreguen el niño al adulto.

- Nombre _____ Tel./Cel. _____ 3. Nombre _____ Tel./Cel. _____
- Nombre _____ Tel./Cel. _____ 4. Nombre _____ Tel./Cel. _____
5. Fuera del Estado/Area Contacto en caso de un Desastre (Nombre/Tel.) _____

HERMANOS(A) O OTROS QUE VIVAN EN CASA	COMO SE RELACIONAN	ESCUELA	GRADO	OTRO

- He recibido la "Notificación de Derechos y Responsabilidades a través del sitio web de la escuela, copia de la escuela o en el manual" sí no
- Doy permiso para que el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi hijo sean dados a conocer a las Organizaciones Escolares sí no
- Doy permiso para que las imágenes fotográficas de mi hijo (a) aparezcan en la foto de la clase y el anuario escolar sí no
- Doy permiso para que la imagen fotográfica de mi hijo (s) se use en el sitio web de la escuela sí no
- Doy permiso para que la imagen fotográfica de mi hijo (a) sea divulgada a cualquier medio externo público (periódico, etc). sí no
- He leído y estoy de acuerdo en adherir al Acuerdo de Confidencialidad sí no
- He leído y estoy de acuerdo en adherir a la Política de Asistencia sí no
- He leído y estoy de acuerdo en adherir al Acuerdo de Alimentos Saludables sí no
- He leído y acepto que mi hijo sea responsable de la política de uso aceptable, el código de vestimenta y el código de conducta del estudiante sí no
- Yo apruebo tener exámenes de salud periódicos para mi hijo, como lo ordena el Código de Educación de California, que puede incluir: Visión, audición, escoliosis y crecimiento y desarrollo (altura y peso). sí no

HISTORIA DE SALUD/INFORMACION: Indique cualquiera de las condiciones que su hijo ha tenido (Explique con mas detalle abajo)

	Si	Cuando		Si	Cuando		Si	Cuando	Alergias Serias	Si	Cuando
Dano en el Oido			Diabetis			Condicion del Corazon			Drogas/comida		
Dano a la Vision			Epilepsia			Problema de riñon			Mordida de Insecto		
Dolor de Cabeza			Fiebre del Heno			Tuberculosis			Otro (favor de indicar)		
Calentura Reumatica			Asma			Sirugias			Medicacion(s)		

- Identifique/describa alergias serias que pueda tener una reacion o impacto en la escuela/clase, en su funcion y/o actividades: _____
- Identifique/describa sirugias _____
- Identifique/describa cualquier otro problema de salud _____
- Identifique/Medicamento(s) _____ Medicamentos que mantienen en la oficina de la escuela _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO: En caso de una emergencia que requiere atencion medica de inmediato y las firmas no se pueden encontrar, entonces, la persona que firma autoriza a BRIDGES hacer lo siguiente:

Comuniquese Con Mi Doctor _____ Telefono _____
 Comuniquese con cualquier Doctor Autorizado u hospital si mi opcion no esta disponible SI NO

El abajo firmante autoriza el hospital para proporcionar tratamiento apropiado. Entiendo que deba hacerse todo lo posible por el hospital para ponerse en contacto con el padre o guardian antes de cualquier tratamiento, pero el tratamiento no sera detenido si es que el padre o guardian no se puede alcanzar. Entiendo tambien que **BRIDGES no sera responsable de cualquier gasto por el cuidado medico o transporte de ambulancia. Estas autorizaciones y permisos deberan ser y permanecen en vigor durante el año escolar a menos que sea revocado por escrito..**

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____