Formulario de Información de Emergencia (Para ser completado por el padre o tutor) **Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands**

Año escolar: _____ Nombre del maestro: _____ Grado ____ ☐ Masculino ☐ Fenenino ☐ No Binario

Nombre LEGAL del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Femenino/Masculino
(como está en el acta de nacimiento) Segundo Nombre Apellido nombre Mes/Día/Año

_____
Domicilio de correo Ciudad Estado CP Correo electrónico del estudiante

_____
Domicilio de residencia (SI ES DIFERENTE) Ciudad Estado CP

Contacto Automatizado por Teléfono / Correo Electrónico: Teléfono:_____ Correo Electrónico_____

(Aquí es donde recibirá mensajes automatizados de la escuela/emergencia.)

Madre/Tutora_____
Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

_____
Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Correo Electrónico

Active Duty Military ☐ **National Guard** ☐ **Reserves** ☐

Padre/Tutor_____
Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

Active Duty Military ☐ **National Guard** ☐ **Reserves** ☐

_____
Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Correo Electrónico

Otro Padre/Tutor_____
Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

_____
Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Relación con el Estudiante

Otro Padre/Tutor_____
Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

_____
Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Relación con el Estudiante

Mi estudiante puede ser entregado a las siguientes personas cuando yo no pueda ser contactado en caso de enfermedad, emergencia, cierre de la escuela, citas, almuerzo u otra razón autorizada proporcionada por mí. Entiendo que MI NIÑO NO SERÁ ENTREGADO A NINGUNA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS, INCLUYENDO A HERMANOS, O A NADIE QUE NO ESTÉ INCLUIDO EN ESTA TARJETA.

_____ _____
Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante

_____ _____
Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante

PROBLEMAS DE SALUD ***(Marque todas las opciones que aplican)***

☐ Diagnosticado con ADD o ADHD
☐ Asma
☐ Desorden de sangrados
☐ Diabetes
☐ Epilepsia
☐ Hipoglicemia
☐ Sangra por la nariz frecuente
☐ Escoliosis
☐ Desorden de convulsiones
☐ Varicela

☐ Problemas de la vejiga
☐ Eczema/Problemas de la piel
☐ Problemas del corazón
☐ Lesiones en la cabeza
☐ Historial de fracturas
☐ Historial de hospitalización
☐ Historial de cirugías

☐ Limitaciones físicas *(explique abajo)*

☐ Lesiones en los ojos ☐ Derecho ☐ Izquierdo
☐ Pérdida conocida de la vista ☐ Derecho ☐ Izquierdo
☐ Usa lentes de contacto
☐ Usa lentes

☐ Para trabajar de cerca ☐ Sólo de lejos ☐ Todo el tiempo
☐ Deficiencia de la visión del color

☐ Pérdida conocida del oído
☐ Historial de problemas del oído

Otros o más detalles de lo anterior_____

_____

ALERGIAS ***(Marque todas las opciones que aplican)*** :

☐ Animales
☐ Picadura de abeja
☐ Insectos
☐ Medicamentos
☐ **Comida**
☐ Plantas
☐ Otras

Liste cosas específicas a las que el estudiante es alérgico:_____

Describa la reacción alérgica y/o tratamiento: _____
Explique:_____

MEDICAMENTO(S) ACTUALES ☐ No ☐ Sí ☐ ***Epi-Pen***

Si un medicamento se necesita en la escuela, deben recoger en la oficina un formulario de consentimiento para los medicamentos y completarlo.

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA: Yo soy/somos los padres/tutores del estudiante mencionado arriba. En caso de que yo/nosotros no podamos ser contactados durante cualquier emergencia, yo/nosotros por medio de la presente autorizamos a un representante de la escuela, de acuerdo a las provisiones del Código Familiar Sección 6910, para que actúe como cualquier agente para que consienta dar cualquiera o todos los cuidados médicos, dentales, de hospital o de cirugía al estudiante mencionado arriba.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Por favor complete el Lado 2

Nombre del Estudiante_____
(en letra de molde)

PERMISO PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Yo/nosotros damos permiso para que mi/nuestro estudiante sea observado, entrevistado, fotografiado y/o filmado cuando a un representante de los medios de comunicación se le haya permitido, por el director/a o designado, estar en las instalaciones. Sí ☐ No ☐

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

POLÍTICA DEL USO ACEPTABLE POR PARTE DEL ESTUDIANTE DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS DE SSUSD

_____Yo corroboro que he tenido acceso y que he leído la ***Política del Uso Aceptable por parte del Estudiante de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands*** del año escolar 2024-2025 en la página de Internet de Sierra Sands en **http://www.ssusdschools.org/pages/Sierra_Sands_USD/Registration**

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

Consentimiento del estudiante
Yo entiendo y me apegaré a la ***Política del Uso Aceptable por parte del Estudiante de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands***. Además entiendo que si cometo cualquier violación, mis privilegios de acceso serán revocados, y se tomarán las acciones disciplinarias escolares y/o la acción legal apropiada. En consideración por el uso de la conexión de Internet del Distrito y por tener acceso a la red pública, por este medio eximo al Distrito y los miembros de la Mesa Directiva Escolar, a los empleados, y a los agentes de cualquier reclamación o daño que surja de mi uso, o inhabilidad de usar la Internet.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

Consentimiento de uno de los padres
He leído la ***Política del Uso Aceptable por parte del Estudiante de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands***, la cual podría, algunas veces, incluir correo electrónico. Entiendo que el acceso está designado para propósitos educativos y que el Distrito ha tomado precauciones para eliminar material controversial. Sin embargo, también reconozco que para el Distrito es imposible restringir el acceso a todo el material controversial e inapropiado.
Por este medio eximo al distrito, a su personal, a los miembros de la Mesa Directiva Escolar, y cualquier institución con la cual esté afiliado, de cualquiera y todos los reclamos y daños de cualquier naturaleza que surjan del uso o inhabilidad de uso de mi hijo de la red electrónica. Esto incluye, pero no se limita a reclamos que pudieran surgir del uso no autorizado de los componentes de la red o del daño causado por materiales o software obtenidos por medio de la red. Yo acepto responsabilidad total por la supervisión cuando el uso de mi hijo no sea en el ambiente escolar. Acepto la responsabilidad de establecer y transmitir estándares para que mi hija o hijo los sigan cuando seleccione, comparta o explore información y medios de comunicación. **Yo he discutido los términos de esta** *Política* **con mi niño.** Por este medio pido que a mi niño se le permita el acceso a la red del Distrito y a la Internet.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

O

_____**Yo no tengo acceso** a la página de Internet de Sierra Sands y me gustaría que se me mandara a la casa con mi estudiante una copia impresa de la **Política para el Estudiante del Uso Aceptable de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands del año *2024-25***. Yo firmaré y regresaré a la escuela de mi estudiante el formulario de acuerdo del estudiante/padre.

Office Use (Para Uso de la Oficina):
Date Sent_____ Initials_____

Aceptación de Recibido de los Aviso Anuala los padres/tutores del 2024-25

El Código de Educación Sección 48982 requiere que los padres o tutores firmen y regresen la aceptación de que han recibido y leído el **Aviso Anuala los padres/tutores *2024-25*** con respecto a los derechos relacionados con las actividades que podrían afectar a su niño/s.

_____Yo corroboro que he tenido acceso y he leído el **Aviso Anuala los padres/tutores *2024-25*** en la página de Internet de Sierra Sands en **http://www.ssusdschools.org/pages/Sierra_Sands_USD/Registration**

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

O

_____**Yo no tengo acceso** a la página de Internet de Sierra Sands y me gustaría que se me mandara a la casa con mi estudiante una copia impresa del ***Aviso Anuala los padres/tutores 2024-25***. Yo firmaré y regresaré a la escuela de mi estudiante el formulario de aceptación de recibo.

Office Use (Para Uso de la Oficina):
Date Sent_____ Initials_____

Yo/ nosotros hemos revisado este documento de dos páginas y a lo mejor de mi entendimiento, la información aquí contenida es verdadera y completa. El signatario declara bajo pena de perjurio que ellos son los padres o tutores legales del estudiante mencionado arriba y consiente las autorizaciones de arriba.

Fecha: _____ **Firma del padre/madre/tutor:** _____

Revisado: 12/2023