

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

DISTRITO ESCOLAR DE AMPHITHEATER
CARTILLA DE INFORMACIÓN DE SALUD

PROFESOR MAESTRO(A)

M

Nombre legal del alumno

Sexo

F

Grado

Escuela

Domicilio

Dirección de correo (Si es diferente)

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Mes

Día

Año

Ciudad

Estado

País

¿Con quiénes reside el alumno?

Nombre

Dirección (Si es diferente)

Tel. del hogar

Tel. del empleo

Celular

Padre

Padrastro

Madre

Madrastra

Tutor legal

Hermanos:

Nombre

Edad

Escuela

Nombre

Edad

Escuela

Nombre

Edad

Escuela

Nombre

Edad

Escuela

¿Existe una restricción legal sobre derechos de custodia que debe saberse?

Explique:

Idioma(s) que el alumno habla

Idioma(s) que se habla(n) en el hogar

Revisado 02-2024

(FAVOR DE COMPLETAR AL DORSO)

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE AL ALUMNO:

☐ADHD/ADD

☐Alérgico/medicamentos

☐Alérgico/alimentos

☐Asma

☐Defecto de nacimiento

☐Trastorno sanguíneo

☐Evacuación/Orina

☐Diabetes

☐Lentes/Contactos

☐Dolor de cabeza/Migraña

☐Problema del oído

☐Condición cardíaca

☐Ortopédica

☐Trastorno psiquiátrico

☐Convulsiones

☐Otro (Explique todos los marcados)

Si el alumno toma medicamentos en la escuela, tiene que entregar otra forma de consentimiento firmado.

Mencione todos los medicamentos que el alumno toma en casa o en la escuela:

¿Tiene un problema físico o de salud que afecta su asistencia escolar o participación en Educación física?

¿Ha estado el alumno en un programa de Educación Especial? Explique:

SEGURO MÉDICO:

☐ Ninguno

☐ AHCCCS

☐ Kids Care

☐ Indian Health Services

☐ Otro plan médico

Doctor

Teléfono

Hospital de preferencia

En caso de que su hijo se lesione o enferme en la escuela y no se pueda comunicar con el padre/tutor, mencione un familiar o amigo con TELÉFONO LOCAL que se encargará del alumno. (Favor de notificar la oficina de salud de la escuela si hay cambios.)

Nombre

Dirección

Teléfono(s)

☐Puede recoger

Nombre

Dirección

Teléfono(s)

☐Puede recoger

Si se requiere acción o tratamiento médico y no se ha podido comunicar con el padre/tutor, yo autorizo por la presente que a mi hijo se le dé tratamiento médico de emergencia como sea necesario según decidan los oficiales escolares. Comprendo que cualquier gasto médico será pagado por el padre/tutor, o por seguros médicos provistos por el padre/tutor, y que cualquier gasto médico no es la responsabilidad de la escuela o del distrito escolar.

Con esta firma digital afirmo que la información que proporcione en este formulario digital es precisa

Firma del padre/tutor

Fecha

(Esta firma verifica que todos los datos de esta forma son correctos)

Amphitheater Unified School District does not discriminate on the basis of race, color, religion/religious beliefs, gender, sex, age, national origin, sexual orientation, creed, citizenship status, marital status, political beliefs/affiliation, disability, home language, family, social or cultural background in its programs or activities and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. Inquiries regarding the District's non-discrimination policies are handled at 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705 by the Equity & Safety Compliance Officer and Title IX Coordinator, (520) 696-5164, TitleIXCoordinator@amphi.com, or the Executive Director of Student Services, (520) 696-5230, studentservices@amphi.com. 1.12.23