



MSID: _____

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA Escuela:
EMERGENCIAS**

Student ID: _____

Información para Padres: **Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada.** En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.	GRADO	IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA		
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCIÓN DEL TRABAJO	CALLE	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
CELULAR	ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
TRABAJO	INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
MSG. DE TEXTO	<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DOMICILIO – número	CALLE	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
CELULAR	ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
TRABAJO	INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
MSG. DE TEXTO	<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:					
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:					
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO	
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO	
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el alumno _____	Desplegado actualmente: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Rama militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia; <input type="checkbox"/> Reservas; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Occiso		
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA					
El abajo firmante, como padre/tutor legal de:		_____		menor de edad,	
<small>(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)</small>					
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier indole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.					
ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".					
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* Si respondió "Sí" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families					
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____					
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR	GRUPO #	1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR	GRUPO #		
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA		NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA			
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.					
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :					
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:					
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.					
X FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)					FECHA

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

Corregido mayo 2014



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Departamento de Educación Multilingüe Multicultural
Programa de Educación Migrante



ACUERDO DE PADRE/HIJO

¡FELICIDADES! Su hijo/a ha sido seleccionado para participar en la **Escuela de Verano del Programa de Educación Migrante**. Se trata de un Programa de Enriquecimiento Académico. El Programa de Educación Migrante provee enriquecimiento académico, recreación y la oportunidad de participar en el Programa Federal de Alimentación.

Las siguientes son las reglas que deberán cumplir los estudiantes que asisten a la **Escuela de Verano del Programa de Educación Migrante**:

1. Asistencia:

- Se requiere que el estudiante asista con regularidad a las clases para asegurar que el programa continúe y obtener los fondos necesarios para proveer los servicios.
- Los estudiantes que falten más de dos veces por sesión perderán el privilegio de continuar en las clases durante la presente sesión.
- Una vez que su hijo/a llegue a la escuela, no podrá abandonar el plantel hasta que las clases hayan terminado y que esté acompañado por un adulto autorizado. El no cumplir esta regla, podría traer como resultado suspensión de su hijo/a de las clases durante esta sesión.

2. Código de conducta del estudiante en la escuela:

- Si el estudiante muestra mal comportamiento o si amenaza a otro compañero, él/ella será suspendido de las clases.
- Si un estudiante pinta o destruye alguna propiedad de la escuela, él/ella será suspendido de las clases.
- El abuso verbal o físico en contra de algún trabajador de la escuela, constituye la suspensión del estudiante de las clases.

3. Código de vestimenta del estudiante. – Todos los estudiantes deberán mostrar aseo personal, pulcritud, seguridad y el uso de ropa y apariencia apropiada para las actividades de la escuela.

4. Aparatos electrónicos. - Se prohíbe que los estudiantes usen teléfonos celulares, pagers, iPods o cualquier otro tipo de aparato electrónico en el plantel escolar, durante el horario de clases. Si el estudiante trae alguno de estos aparatos electrónicos a la escuela, deberá mantenerlos apagados y guardarlos en una caja de seguridad del plantel, la mochila, bolsa, bolsas del pantalón u otro lugar en el que no sea visible durante el horario escolar. Si algún trabajador de la escuela escucha o ve alguno de estos aparatos, lo puede decomisar hasta que el padre/guardián del estudiante venga por el aparato. Esta estrictamente prohibido fotografiar, filmar o grabar de alguna forma a otro/a estudiante sin su consentimiento.

5. La conducta en el autobús escolar. Se espera que los estudiantes que utilicen el transporte escolar sigan las mismas reglas de conducta y se comporten de la misma manera en la que lo hacen en el plantel escolar.

Esperamos con ansias la exitosa participación de su hijo/os en el programa.

He leído, entendido y discutido las reglas de **“La Escuela de Verano del Programa de Educación Migrante”** con mi hijo/os y estamos de acuerdo en el cumplimiento de éstas. También entiendo que el no cumplir con las reglas del programa, traerá como consecuencia la suspensión de mi hijo/os del programa.

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre/guardián

Firma del padre/guardián

Fecha



**Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
Autorización y Exención del Padre/Tutor para Publicidad**

Estimado padre de familia/tutor legal:

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles solicita su permiso para reproducir por medios impresos, en audio, visuales o electrónicos actividades de programas educativos en las que su estudiante ha participado. Su autorización nos permitirá usar materiales especialmente preparados para (1) capacitar a los maestros, (2) aumentar la conciencia pública y promover la continuación y mejora de los programas educativos, y/o (3) destacar los logros de los estudiantes y programas educativos incluyendo entre otros la lista de honor, premios de la escuela/distrito, y graduación/culminación, a través del uso de medios de comunicación, exhibiciones, folletos, sitios web, medios sociales, blogs aprobados y publicaciones relacionadas del Distrito.

1. Nombre del estudiante (letra de molde)	2. Fecha de nacimiento (letra de molde)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Nombre del padre de familia (letra de molde)	
<input type="text"/>	

- a. Como padre de familia o tutor del estudiante cuyo nombre aparece arriba, permito plenamente y otorgo autorización al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados, el derecho de publicar, fotografiar, grabar y editar conforme se requiera, información biográfica, nombre, imágenes, similitudes, y/o voz del estudiante antes mencionado, en audio, video, filmación, diapositivas u otros formatos electrónicos o impresos, actualmente en desarrollo (conocidos como "Grabaciones") para los fines anteriormente indicados o relacionados a lo descrito en las secciones de arriba.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de dichas grabaciones no generará compensaciones para el estudiante o el padre de familia o tutor (legal) del estudiante.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y/o sus representantes autorizados tendrán los derechos exclusivos, título e intereses, incluyendo derechos de autor, de las grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y/o sus representantes autorizados tendrán derecho ilimitado al uso de las Grabaciones para cualquier fin establecido o relacionado con lo descrito en las secciones de arriba.
- e. Por medio de la presente, libero y eximo de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados de toda demanda, denuncia, daños, costos, o gastos, incluyendo honorarios de abogado, que presente el estudiante y/o padre de familia o tutor (legal) relacionados con, o derivados de, todo uso de estas Grabaciones conforme se especifica en las secciones de arriba.

Mediante mi firma a continuación hago constar que lei y comprendo la autorización/exención y estoy de acuerdo con sus disposiciones.

4. Firma del Padre/Tutor legal	5. Fecha de la firma	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6. Dirección (número, calle, número de departamento)		
<input type="text"/>		
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Teléfono		
<input type="text"/>		

El conceder permiso es voluntario. Favor de entregar el formulario completado al personal de la escuela.

11. Director	<input type="text"/>
12. Escuela	<input type="text"/>

**Aprobado en su redacción por la
Oficina del Asesor jurídico**

Este formulario no se deberá enmendar sin la aprobación escrita y conjunta de la Oficina del Asesor Jurídico y la Oficina de Comunicaciones/Información Pública

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Formulario de Historial Personal de Salud para Paseos Escolares

Este formulario debe ser completado por el padre, madre o tutor de los estudiantes participantes en el paseo escolar.

A. INFORMACIÓN ESTUDIANTIL																	
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Género:	Grado:														
Maestro:	Destino del paseo escolar:																
B. INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE, TUTOR O CUIDADOR																	
Nombre del padre, madre o tutor:	Número de teléfono en casa:	Número de teléfono celular:															
Número de teléfono laboral:	Correo electrónico:																
C. INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA (DISTINTA A LA DEL PADRE, MADRE, TUTOR O CUIDADOR)																	
Nombre de persona a contactar en caso de emergencia:	Número de teléfono celular:	Otro número de teléfono:															
Relación:	Correo electrónico:																
D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE																	
¿Tiene el estudiante un Programa de Educación Individualizada (IEP) en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No															
¿Tiene el estudiante un Plan de Sección 504, en curso, en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No															
E. ALERGIAS (MARQUE TODAS LAS QUE PROCEDEN)																	
<input type="checkbox"/> Alergia a alimentos (liste y describa la reacción): _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos (liste y describa la reacción): _____ <input type="checkbox"/> Mordeduras o picaduras de insectos (liste y describa la reacción): _____ <input type="checkbox"/> De temporada (explique): _____ <input type="checkbox"/> Otras (explique): _____ <input type="checkbox"/> ¿Toma su hijo(a) medicamento para alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es positiva, liste los nombres de los medicamentos consumidos o prescritos: _____ _____ <input type="checkbox"/> Ninguna																	
F. INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE																	
¿En la actualidad, el/la estudiante padece de alguna enfermedad? Marque todas las que proceden: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Asma</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Trastorno Muscular u Óseo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hemofilia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Estreñimiento</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Usa gafas o lentes de contacto</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Otras: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Condición Emocional/Psicológica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Procedimiento especializado de atención física, Si se seleccionó, qué tipo de procedimiento: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cardiopatía</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Trastorno Auditivo</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ninguno</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno Muscular u Óseo	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Usa gafas o lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otras: _____	<input type="checkbox"/> Condición Emocional/Psicológica	<input type="checkbox"/> Procedimiento especializado de atención física, Si se seleccionó, qué tipo de procedimiento: _____	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno Auditivo	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno Muscular u Óseo																
<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Convulsiones																
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Usa gafas o lentes de contacto																
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otras: _____																
<input type="checkbox"/> Condición Emocional/Psicológica	<input type="checkbox"/> Procedimiento especializado de atención física, Si se seleccionó, qué tipo de procedimiento: _____																
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	_____																
<input type="checkbox"/> Trastorno Auditivo	<input type="checkbox"/> Ninguno																

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Formulario de Historial Personal de Salud para Paseos Escolares

Explique los problemas de salud seleccionados con anterioridad: _____

¿Tiene el/la estudiante alguna limitación física? Si la respuesta es positiva, por favor explique: _____

¿Tiene el/la estudiante alguna restricción alimenticia? Si la respuesta es positiva, por favor explique: _____

G. MEDICAMENTOS

¿Durante el paseo escolar, requiere el/la estudiante de medicamento? Si la respuesta es positiva, consulte las opciones 1, 2 y 3 que aparecen a continuación.

Sí 1, 2, 3 No

1. Para administrar medicamentos de uso generalizado y rutinario durante un paseo escolar en el cual el/la estudiante pasa la noche fuera de casa, el padre, madre o tutor debe obtener y completar el formulario:
2. **Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips**, el cual incluye una sección para la firma de consentimiento del padre, madre o tutor y una requisición escrita para el proveedor de atención médica.
3. Para administrar el medicamento (prescrito y de uso generalizado que no se listó en la sección # 1 del formulario mencionado) durante el paseo escolar, el padre, madre o tutor debe obtener y completar el formulario: **Request for Medication to be Taken During School Hours**, el cual incluye una sección para la firma de consentimiento del padre, madre o tutor y una requisición escrita para el personal médico.
4. Los formularios debidamente completados: **Request for Medication to be Taken During School Hours y/o Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips** se deben entregar en la escuela, **por lo menos, 7 días antes de la partida** y con las firmas del padre, madre o tutor y el proveedor de atención médica.

En caso de una emergencia, se llamará al personal de servicios de emergencia del 911 y el/la estudiante será transportado al hospital o clínica más cercanos.

H. INFORMACIÓN DE SALUD ADICIONAL

Por favor proporcione cualquier información de salud adicional relacionada con el/la estudiante.

G. CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE, TUTOR O CUIDADOR

Verifico que la información en este documento es verdadera y correcta a mi saber y entender.

 X _____
Firma

Fecha

EL FORMULARIO COMPLETO SE DEBE ENTREGAR A LA ENFERMERA ESCOLAR