

SHARYLAND INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

SHARYLAND HIGH SCHOOL

TARJETA DE EMERGENCIA

I.D: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante tal como aparece en el acta de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer) (Segundo Nombre)

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_ No. Telefónico del Hogar \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

**MENSAJE PARA LOS PADRES O GUARDIANES:** Para asistir a su niño(a) de UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD INESPERADA, es necesario que Uds. nos den la siguiente información para llamadas de emergencia:

Nombre del Padre o Guardián – (con quien vive el estudiante) \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del la Madre o Guardián – (con quien vive el estudiante) \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**APUNTE LOS NOMBRES DE VECINOS O PARIENTES CERCANOS QUIENES TOMARAN CARGO PROVISIONAL DE SU NIÑO(A) SI NO PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON UDS.:**

Nombre \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**HERMANO/HERMANA(S)** Asistiendo a Sharyland I.S.D.

\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SALUD:** Avisenos de cualquier condición como enfermedad del corazón, diabetes, epilepsia, alergias severas, problemas de los ojos o los oídos, o alguna condición crónica.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DOCTOR:** Primera Selección \_\_\_\_\_ Segunda Selección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL PREFERIDA:** \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Historal de Vireila, si es el caso que año? \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmado autorizo a los oficiales del DISTRITO ESCOLAR DE SHARYLAND que se pongan en contacto directamente con las personas cuyos nombres están en esta tarjeta, y autorizo al doctor nombrado aquí que de el tratamiento que sea necesario, en una emergencia, para la salud del niño(a). En caso de que los doctores, padres y otras personas nombradas en esta tarjeta no se puedan localizer, los oficiales escolares tendrán la autoridad de hacer lo que juzguen necesario para la salud del niño(a). Yo no considerare al distrito escolar como responsable por los costos de cuidado o transportación de emergencia.

**FIRMA DE PADRE O GUARDIAN** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY:**

**IMMUNIZATION** CLEAR  **DELINQUENT**  **RETURNEE**  **NTD**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_