

# STUDENT EMERGENC Y FORM

| INFORMAC IÓN DEMOGR ÁFICA   |                               |                            |  |       |                     |
|---|-------------------------------|----------------------------|--|-------|---------------------|
| Apellido Legal del Estudiante   | Primer Nombre (Legal)         | Segundo Nombre (Legal)     | Género   | Grado | Fecha de Nacimiento |
|   |                               |                            | ..Varón<br>..Hembra                                      |       |                     |
| Apodo:  | Pronombre de Género Preferido | Última Escuela que Asistió |  |       |                     |
| TRANSPORACIÓN E INFORMACIÓN RELACIONADA   |                               |                            |  |       |                     |
| Marque las casillas abajo si su hijo/a aborda el autobús:<br>..Hacia la escuela ..Desde la escuela # de autobús _____   |                               |                            | Guardería _____<br>Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____ |       |                     |
| NIVEL DE EDUCACIÓN DEL PADRE  |                               |                            |  |       |                     |
| Marque la casilla que indica el nivel más alto de educación de cualquier de los padres/tutores<br>..No se graduó de la preparatoria ..Graduado de la preparatoria ..Asistió a la universidad (incluye un diplomado)<br>..Graduado de la universidad ..Licenciatura o más alto |                               |                            |  |       |                     |
| HOGAR PRINCIPAL   |                               |                            |  |       |                     |
| Este es el domicilio de el estudiante vive principalmente   |                               |                            |  |       |                     |
| Dirección de Hogar Principal  |                               |                            |  |       |                     |
| Padre Tutor   | Nombre Legal:                 | Fecha de Nacimiento        | Email:   |       |                     |
| Teléfono de casa  | Teléfono Celular              | Teléfono del Trabajo       |  |       |                     |
| Otro adulto en el hogar Nombre Legal:   |                               | Fecha de Nacimiento        | Email:   |       |                     |
|   |                               | Teléfono Celular           | Teléfono del Trabajo                                     |       |                     |
| HOGAR SECUNDARIO  |                               |                            |  |       |                     |
| Solamente llene esta sección si los padres o viven en el mismo hogar.   |                               |                            |  |       |                     |
| Dirección de Hogar Secundario   |                               |                            |  |       |                     |
| Padre Tutor   | Nombre Legal:                 | Fecha de Nacimiento        | Email:   |       |                     |
| Teléfono de casa:   | Teléfono Celular              | Teléfono del Trabajo       |  |       |                     |
| Otro adulto en el hogar Nombre Legal:   |                               | Fecha de Nacimiento:       | Email:   |       |                     |
|   |                               | Teléfono Celular           | Teléfono del Trabajo                                     |       |                     |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA MENSAJES AUTOMATIZADOS   |                               |                            |  |       |                     |
| Marque para recibir mensajes automatizados<br>Asistencia                      Conducta  |                               |                            |  |       |                     |

INFORMACIÓN DE SALUD Y DE EMERGENCIA

... Marque aquí si el estudiante ~~NOTIENE~~ ~~PROBLEMAS~~ ~~DE~~ ~~SALUD~~

... Marque aquí si el estudiante TIENE PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDAS y marque todas las casillas que se aplican a su hijo/hija

..ADD/ADHD

..Problemas Cardíacos

..Ataques/Epilepsia

..Asma

..Diabetes \_\_\_ Tipo I \_\_\_ Tipo II

..Alergias Gravesa: \_\_\_\_\_

..Otro: \_\_\_\_\_

..EpiPen

... Marque aquí si el estudiante usa lentes/lentes de contacto

... Marque aquí si /TT0 1 604 -0 0 1dst-11.71 1ianteianianostic.3((ad.ian