

# ZM Health Office Emergency Information

## Oficina Postal de Salud Información de Emergencia

Nombre del Estudiante (Primer) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_  
Student name (first) (Middle) (Last)

Grado \_JDN Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Grade Kdgn D.O.B. Home Phone

Domicilio del Estudiante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Student Address Calle (Street) Ciudad (City) Estado / Cp. (State/Zip)

### Padre / Tutor Información

El Distrito Escolar contactará a los **Padres/Tutores** enlistados a continuación en caso de alguna emergencia, o respecto a problemas académicos o de conducta. Si hay excepciones a esto, requeriremos documentación apropiada: Ordenes de Restricción, Acuerdos sobre custodia. (The school district Will contact the **parents/guardians** listed below in the event of an emergency, or regarding academic or behavior issues. If there are exceptions of this, we will require proper documentation: ie Restraining order, custody agreement).

Nombre (name): \_\_\_\_\_  
Relación (relationship): \_\_\_\_\_  
Domicilio (Address): \_\_\_\_\_  
Celular (cell phone): \_\_\_\_\_  
Empleador (employer): \_\_\_\_\_  
Tel. del Trabajo (work phone): \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Nombre (name): \_\_\_\_\_  
Relación (relationship): \_\_\_\_\_  
Domicilio (Address): \_\_\_\_\_  
Celular (cell phone): \_\_\_\_\_  
Empleador (employer): \_\_\_\_\_  
Tel. del Trabajo (work phone): \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Nombre (name): \_\_\_\_\_  
Relación (relationship): \_\_\_\_\_  
Domicilio (Address): \_\_\_\_\_  
Celular (cell phone): \_\_\_\_\_  
Empleador (employer): \_\_\_\_\_  
Tel. del Trabajo (work phone): \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Nombre (name): \_\_\_\_\_  
Relación (relationship): \_\_\_\_\_  
Domicilio (Address): \_\_\_\_\_  
Celular (cell phone): \_\_\_\_\_  
Empleador (employer): \_\_\_\_\_  
Tel. del Trabajo (work phone): \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

**Por favor enliste dos diferentes personas quienes asumirían cuidado temporal de su hijo si Usted no puede ser contactado.**  
Please list two different people who would assume temporary care of your child if you can not be reached.

Nombre (name) \_\_\_\_\_ Relación (relationship) \_\_\_\_\_ Teléfono (phone) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_  
Nombre (name) \_\_\_\_\_ Relación (relationship) \_\_\_\_\_ Teléfono (phone) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

**Información del Censo- Por favor enliste a continuación todas las personas que estén viviendo en el hogar.**  
**Census information – Please list below all others living in household**

Nombre (Name)	Fecha de Nacimiento (D.O.B.)	M/F	Relación (relationship)	Grado (Grade)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**INFORMACIÓN DE SALUD:** Enliste cualquier condición de salud como enfermedad del corazón, asma, diabetes, problemas de visión y audición, epilepsia, alergias, etc. Esta información será compartida con el personal en caso de ser necesario.  
**Health information:** List any health conditions such as heart disease, asthma, diabetes, eye or ear problems, epilepsy, allergies, etc. This information will be shared with staff as needed.

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier receta de rutina o medicamentos/tratamientos de venta libre. List any routine prescription or over the counter medication/treatments.

Doctor de la Familia (family doctor): \_\_\_\_\_ Teléfono (phone): \_\_\_\_\_  
Dentista/ Ortodontista (dentist/orthodontist): \_\_\_\_\_ Teléfono (phone): \_\_\_\_\_  
Hospital de su elección (hospital choice): \_\_\_\_\_

En el caso de que los padres, otras personas nombradas en esta tarjeta o médico no puedan ser contactados, los oficiales de la escuela están por este medio autorizados a tomar cualquier acción si es considerada necesaria a su juicio, para la salud del niño mencionado previamente en cualquier caso de emergencia. (In the event that parents, other persons named on this card, or physician cannot be contacted, the school officials are hereby authorized to take whatever action is deemed necessary in their judgment, for the health of previously mentioned child in the event of an emergency)

Yo no hare cargos financieros al Distrito Escolar por la atención de emergencia y/o transportación de mi hijo. I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for my child.

**Información de Transporte:** Por favor indique el lugar en el que se recogerá y se dejará a su hijo, ya sea si es su casa u algún proveedor de cuidados. **(Busing information:** please list the location that your child is to be picked up from and then dropped of at, whether it is at home or another care provider's home)

A.M. recogida: \_\_\_\_\_ Autobús# \_\_\_\_\_ Autobús # \_\_\_\_\_ P.M. dejada: \_\_\_\_\_ Autobús# \_\_\_\_\_ Autobús # \_\_\_\_\_  
(A.M. Pick up ) (bus#) (bus#) (P.M. Drop off ) (bus#) (bus#)

Caminar a la escuela \_\_\_\_\_  
(Walk to school)

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Signature parent/guardian)