



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

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



CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL (SHQ)

El Acta de Asistencia Educativa McKinney-Vento para Estudiantes sin hogar, es parte de la ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA por sus siglas en Ingles), les da el derecho a todos los niños en edad escolar; que se encuentran sin hogar, a tener acceso a la misma educación pública, gratuita y apropiada que se proporciona a los estudiantes que si tienen hogar. Las escuelas tienen la obligación de facilitar la inscripción, asistencia y éxito académico de los estudiantes que se encuentran sin hogar. Para determinar elegibilidad, por favor complete este cuestionario. Para obtener información adicional, comuníquese a la oficina de Educación para Estudiantes sin Hogar llamando al (213) 202-7581.

Nombre del Estudiante:	Apellido del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Género:
Escuela:	Sitio:	Distrito Local:	Grado:
Dirección:	# de Apto.:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre del padre/guardián:	Número de contacto:		
Marque todo lo que aplique (✓) El estudiante: <input type="checkbox"/> es un padre adolescente? <input type="checkbox"/> es un joven no acompañado por adultos? <input type="checkbox"/> ha huido de su hogar sin permiso?			
¿Cambió de escuelas el estudiante; en cualquier momento, después de haber completado el segundo año de la escuela secundaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indica que sí, proporcione una copia de este cuestionario al consejero académico de la escuela para revisar elegibilidad de AB1806.			

¿Está el estudiante actualmente viviendo en una de las opciones listadas abajo?



Sí No



Si usted contestó "NO" a esta pregunta, por favor pare y firme abajo. Si respondió "Sí", complete el resto del cuestionario.

MARQUE (✓) LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA LA SITUACIÓN ACTUAL DE DONDE PASA LA NOCHE DEBIDO A LA PERDIDA DE VIVIENDA

Refugio (ej. sin hogar, violencia doméstica, etc.) Nombre:	Motel/Hotel Nombre:
Garaje (sin acomodaciones)	Automóvil, Casa móvil (no fija), Tráiler o lugar de campamento
Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia	Temporalmente con un adulto que no es el padre, la madre o el tutor legal
Programa de vivienda transicional Nombre:	Tráiler/casa rodante (fija) en propiedad privada
Otros lugares NO designados o generalmente no utilizados como una vivienda adecuada para seres humanos? Explique:	

¿Necesita el Estudiante servicios? SI NO
por favor marque los servicios que solicita (Si contesto "SI")

Mochilas/Materiales escolares Artículos de higiene personal Asistencia de transporte*

*Si usted está solicitando asistencia de transporte, por favor lea y firme la declaración jurada a continuación:

Necesito asistencia de LAUSD, ya que no tengo otra manera de llevar a mi hijo(a) a la escuela. Acepto hacer que mi hijo(a) asista a la escuela todos los días puntualmente. También acepto notificar al Distrito si nuestra situación cambia o si ya no necesitamos esta asistencia. Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con los requisitos pertinentes para recibir asistencia de transportación; y que debo cumplir con los requisitos de confirmar mi supervisión por escrito.

Se notificará a el Enlace Escolar para Personas sin Hogar el resultado de la petición. Si la petición de transporte es negada, los Padres/Guardianes puede apelar la decisión. Iniciales de Padre/Tutor: Fecha:

¿Necesita el estudiante servicios adicionales? SI NO
Si indico que "sí, por favor marque los servicios que necesita

ropa, zapatos, uniformes tutoría académica referencias a organizaciones de vivienda asistencia a padres adolescentes

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar debe tener una conferencia con la familia para facilitar referencias a estos servicios.

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar en su escuela es:

Nombre	Cargo	Teléfono	Correo electrónico
--------	-------	----------	--------------------

Tiene otros niños(as) en edad preescolar o en edad escolar en el hogar? Sí No

Si contestó "Sí", por favor complete un cuestionario adicional. Cada estudiante debe tener un cuestionario archivado en la escuela que asiste.

AFIDÁVIT- Al firmar este cuestionario, declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes en el estado de California que la información proporcionada es verdadera y correcta. Además, entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información sobre la vivienda.

➔ Firma del Padre/Guardián : _____ Fecha: _____ ➔

SCHOOL PLEASE NOTE: upon completion, please fax to (213) 580-6551 OR scan/email to your Local District.

Central: shqldc@lausd.net, East: shqlde@lausd.net, NorthEast: shqldne@lausd.net, NorthWest shqldnw@lausd.net, South: shqlds@lausd.net, West: shqldw@lausd.net

SHQ MUST be kept in a CONFIDENTIAL file, which is separate from the permanent student record (this form must NOT be placed in the cumulative file).



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
Autorización de los padres o tutores para la divulgación publicitaria

Estimado(a) padre, madre, tutor o tutora:

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles requiere de su permiso para reproducir por medios impresos, auditivos, visuales o electrónicos las actividades en las cuales su hijo(a) ha participado dentro de su programa educativo. Su autorización nos permitirá usar materiales especialmente preparados para: (1) preparar maestros y/o (2) aumentar la diseminación de información al público y promover la continuación y mejoramiento de los programas educativos mediante el uso de los medios masivos de comunicación, exhibidores, folletos, páginas web, redes sociales, foros web de diálogo (blogs) y publicaciones relacionadas con el distrito.

1. Nombre y apellido del (de la) estudiante (escriba por favor en letra de molde)

2. Fecha de nacimiento (escriba por favor en letra de molde)

3. Nombre y apellido del padre o la madre (escriba por favor en letra de molde)

- a. Yo, como padre, madre, tutor o tutora del (de la) alumno(a) antes mencionado(a) doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados el derecho para imprimir, fotografiar, grabar y editar - según lo desee - la información biográfica, el nombre y apellido, las imágenes, las similitudes, o la voz del (de la) alumno(a) antes mencionado(a), en forma auditiva, en videocintas, en filmes, en diapositivas, en cualquier otra forma electrónica o en formatos impresos que actualmente se desarrollan (se les conoce como "Grabaciones"), para los propósitos antes mencionados y declarados.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de tales Grabaciones se dará sin compensación alguna para los estudiantes, sus padres o sus tutores.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho exclusivo, el título, el interés e inclusive el derecho de autor de las Grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho ilimitado para utilizar las Grabaciones para cualquiera de los propósitos declarados o relacionados con lo antes mencionado.
- e. Por la presente exoneró de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados por la totalidad y cada una de las demandas, reclamos, daños y perjuicios, costos o gastos, incluso los honorarios de los abogados, que presenten los alumnos, sus padres o sus tutores en lo relacionado a lo que se haya suscitado o pudiera surgir por cualquier uso de estas Grabaciones, conforme se especificó antes.

Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.

4. Firma del padre, la madre, el tutor o la tutora

5. Fecha en que se firmó

6. Domicilio (Número de la calle, calle, número de apartamento)

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Teléfono

El conceder su permiso es de carácter voluntario. Sírvase devolver a la escuela el formulario lleno.

11. Director(a)

**formulario aprobado por el
Despacho del asesor jurídico**

12. Escuela

Queda prohibido enmendar este formulario sin la autorización escrita tanto de la Oficina del Asesor Legal General como de la Oficina de Comunicación y Relaciones con Medios.