

SCHOOL _____ Grade _____
 Homeroom Teacher _____
 Room _____

2010-2011

FOR OFFICE USE ONLY - **SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**
 Legal Documents On File / Do Not Release Directory Information
 SIS Updated Date: _____ Staff Initials: _____

Ventura Unified School District Student Information and Emergency Card
Información del alumno y tarjeta de emergencia—Distrito Escolar Unificado de Ventura

STUDENT INFORMATION - **INFORMACIÓN DEL ALUMNO(A):** Male/Hombre Female/Mujer

Last Name / Apellido _____ First Name / Nombre _____ Middle Name / Segundo nombre _____ Date of Birth / Fecha de nacimiento _____

Home Street Address / Dirección _____ City / Ciudad _____ Zip Code / Zona postal _____ Student Cell/ _____ Home Telephone /
 • **Is the above address new? ¿Es éste un nuevo domicilio?** Yes/Sí No/No Celular del alumno(a) _____ Teléfono de la casa _____

If no permanent residence, do you reside with/at: *Si el domicilio no es permanente, vive en o con:*
 • Relative-Friend / Pariente-Amigo Car-Park-Campground / Auto-Parque-Campamento Motel Homeless Shelter or Casa Pacifica/ Refugio de indigentes o Casa Pacifica
 Foster Home/Hogar de crianza Group Home/Hogar de grupo
 • **School use only: If one of the above boxes is marked, please fax copy of this form as soon as possible to CWA at 653-7854**

Student resides with / El alumno(a) vive con: Both Parents/Ambos padres Father/Padre Mother/Madre Guardian/Tutor

What language do adults most frequently use at home? / ¿Qué idioma usan los adultos más frecuentemente en el hogar? _____

**LEGAL FATHER / GUARDIAN INFORMATION -
 INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR**

**LEGAL MOTHER/ GUARDIAN INFORMATION -
 INFORMACIÓN DE LA MADRE O TUTOR**

Name / Nombre _____

Name / Nombre _____

Address (if different from above) / Dirección si es diferente que la anterior _____

Address (if different from above) / Dirección si es diferente que la anterior _____

City/Ciudad _____ Zip Code/Zona postal _____ Home Phone# / Teléfono de la casa _____

City/Ciudad _____ Zip Code/Zona postal _____ Home Phone# / Teléfono de la casa _____

Employer Name / Empleo del padre _____ Work # / Teléfono del trabajo _____

Employer Name / Empleo de la madre _____ Work # / Teléfono del trabajo _____

E-mail / Dirección del correo electrónico _____ Cell/Celular _____

E-mail / Dirección del correo electrónico _____ Cell/Celular _____

Check here if legal documents affecting custody have been submitted to the school /
 Marque si se han enviado a la escuela los documentos legales que afectan la custodia.

Check here if legal documents affecting custody have been submitted to the school /
 Marque si se han enviado a la escuela los documentos legales que afectan la custodia.

ADDITIONAL EMERGENCY CONTACT INFORMATION - INFORMACIÓN PARA CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

In the event of illness, medical emergency, disaster or the parent/guardian cannot be reached, a school official may call the following friends, relatives or adult siblings (18 and over) who are **authorized to take responsibility for the student's care:**

En el caso de enfermedad, emergencia médica o desastre y, si no se puede localizar a los padres o tutores, un funcionario de la escuela podrá llamar a los siguientes amigos o parientes adultos (de 18 años o mayores) los cuales están autorizados a tomar responsabilidad por el cuidado del estudiante:

Name of Childcare Provider/Nombre de la persona encargada del cuidado del niño(a) _____ Address/Dirección _____ Phone/Teléfono _____

Name/Nombre _____ Address/Dirección _____ Relationship/Parentesco _____ Phone/Teléfono _____

Name/Nombre _____ Address/Dirección _____ Relationship/Parentesco _____ Phone/Teléfono _____

Name/Nombre _____ Address/Dirección _____ Relationship/Parentesco _____ Phone/Teléfono _____

BROTHERS AND SISTERS OF STUDENT— HERMANOS Y HERMANAS DEL ALUMNO(A):

Name / Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____ School / Escuela: _____ Grade / Grado: _____

1. _____

2. _____

3. _____

**COMPLETE BOTH SIDES
 COMPLETAR AMBOS LADOS**

**SIGNATURE AND DATE REQUIRED ON BACK
 NECESITA FIRMAR Y PONER LA FECHA AL DORSO**

HEALTH INFORMATION - INFORMACIÓN DE LA SALUD

Please complete the health information requested below: Check (✓) all that apply / Favor de completar la historia clínica que se le solicita:
 Marque (✓) cuando corresponda:

- Allergies [Indicate type (i.e. food, bee, etc.)] / *Alergia [indique de qué tipo: alimentos, abejas, etc.]* _____
- Asthma / *Asma* Diabetes / *Diabetes* Heart Problem / *Problemas del corazón*
- Hemophilia / *Hemofilia* Cerebral Palsy / *Parálisis cerebral* Seizure Disorder / *Ataques de epilepsia*
- Other Health Concerns / *Otros problemas de salud:* _____

Describe all conditions checked (✓) above — *Describe todas las condiciones que marcó*

Write a response to the items below — *Por favor escriba la respuesta a continuación:*

- Describe any hearing concerns, including if child wears hearing aids/*Describe cualquier problema de la audición, incluya si el niño(a) usa audífonos:* _____
- Describe any vision concerns, including if child wears contacts or prescription glasses/*Describe cualquier problema con la vista, incluya si el niño(a) usa lentes de contacto o lentes con receta médica:* _____
- Indicate if your child takes medication(s); name the medication, reason for medication and the time medication should be administered / *Indique si el niño(a) toma algún medicamento; escriba el nombre del medicamento o medicamentos y la razón por la que se le administra:* _____
- Describe any serious injury, illness or surgery requiring hospitalization during the past year/ *Describe si su hijo(a) sufrió lastimaduras, enfermedades u operaciones serias que requirieron hospitalización el año pasado.* _____
- Indicate if your child has any physical education restrictions/*Indique si se debe restringir su educación física.* _____
 (A DOCTOR'S NOTE IS REQUIRED) (TRAER NOTA DEL MÉDICO)
- Name of the Student's Physician - *Médico del alumno(a):* _____ Phone/ Teléfono _____
- Does the student have health insurance? / *¿Tiene seguro médico el alumno(a)?* Yes/Sí No/ No

If yes, indicate provider / *Si dijo sí, indique el proveedor* _____

Health Coverage for Children is available through **Medi-Cal Healthy Families**, for more information, call 1-800-880-5305
Existe cobertura de salud para niños por medio de Medi-Cal Healthy Families, para más información, llamar al 1-800-880-5305

If your child is covered by Medi-Cal Insurance, and you have additional medical insurance, please check the appropriate box. *Si el estudiante tiene cobertura de seguro por Medi-Cal y si tiene seguro médico adicional, por favor marcar el casillero apropiado:*

- I give my consent for the school district to bill my private insurance. / *Doy mi consentimiento al distrito escolar de enviar la cuenta a mi seguro privado.*
- I do not give my consent for the school district to bill my private insurance. / *No doy mi consentimiento al distrito escolar de enviar la cuenta a mi seguro.*

Indicate your preference regarding the following items. Please see the Annual Notification for complete description.
Indique su preferencia para los siguientes artículos. Por favor vea la Notificación Anual para una descripción completa.

- Student Insurance-voluntary program/ *Seguro estudiantil-programa voluntario* Yes/Sí No/No
- Release of Student Information to Armed Forces-11th/12th grade only/ *Entrega de información de alumnos de grados 11 y 12 a las fuerzas armadas* Yes/Sí No/No
- Release of Directory Information-yearbook, website, class picture, etc./ *Entrega de información para el anuario, página de Internet, foto escolar, etc.* Yes/Sí No/No
- Request to be Notified of Pesticide Application/ *Petición para ser notificado sobre la aplicación de pesticidas* Yes/Sí No/No
- Internet Use Agreement-proper use of the Internet/ *Un acuerdo para el uso de Internet- uso apropiado de Internet* Yes/Sí No/No

PARENT/GUARDIAN CONSENT - APROBACIÓN DEL PADRE O TUTOR:

- ❖ **In the event of an illness or injury, I hereby authorize school officials on my behalf to obtain emergency transportation and treatment.**
En caso de enfermedad o lastimadura, doy mi autorización para que el personal de la escuela obtenga el tratamiento de emergencia y transporte.
- ❖ **I understand the school does not assume any financial responsibility for medical care or ambulance transportation in case of emergency. A Student Accident Policy is available to all students for a nominal fee.**
Comprendo que la escuela no asume responsabilidad financiera por cuidados médicos o transporte en ambulancia en caso de emergencia. Existe una póliza estudiantil de accidentes para todos los alumnos, por una tarifa mínima.
- ❖ **To help ensure the health and safety of my child, I agree that health information may be shared with appropriate school personnel.**
Acepto que esta información de salud puede compartirse con el personal apropiado de la escuela para ayudar a garantizar la salud y seguridad de mi niño o niña.

MY SIGNATURE ACKNOWLEDGES THAT I UNDERSTAND AND AGREE WITH THE CONSENT INFORMATION ABOVE AND THAT THE INFORMATION PROVIDED IS COMPLETE AND ACCURATE.

MI FIRMA INDICA QUE COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR, ADEMÁS DE QUE LA INFORMACIÓN INCLUIDA ES COMPLETA Y CORRECTA.

Signature of Parent/Guardian/Firma del padre o tutor _____

Date/Fecha _____