

STUDENT EMERGENCY/TREATMENT FORM

Please PRINT information ◊ Return to School Office

Student's Name: _____ Birthdate: ____/____/____

Student Cell # (optional): _____ Grade: _____ Gender: _____

Address: _____, _____, _____ Primary Phone: _____ Secondary Phone: _____
Street Address City Zip Code

Mother's Name: _____ Work #: _____ Cell #: _____ E-Mail: _____

Father's Name _____ Work #: _____ Cell #: _____ E-Mail: _____

Student lives with: Both Parents Mother Father Step-Parent Legal Guardian Other/Explain: _____

In case of illness or emergency, list the names & contact information for 3 people to whom we can release your child, :

1. Contact Name: _____ Phone: _____ Phone: _____ Relationship: _____

2. Contact Name: _____ Phone: _____ Phone: _____ Relationship: _____

3. Contact Name: _____ Phone: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Student's Doctor: _____ Phone: _____ Permission to Contact Doctor: Yes No

Health Insurance Carrier: _____ Insurance #: _____

HEALTH INVENTORY

In order to provide the best educational program for your child, the school would appreciate you providing the following health information.

Please check which of the following conditions your child has and whether he/she is still under care of a physician for this condition.

<u>Condition</u>	<u>Limitations</u>	<u>Medications/Dosage</u>	<u>Under Physician's Care</u>
<input type="checkbox"/> Allergies, Food/Other (List) Epi Pen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asthma	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Bee Sting Allergy: Epi Pen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Heart Condition	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Kidney Disease	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizure: Type _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Frequent or Severe Headache	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Depression/Anxiety Disorder (circle one)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Other physical/mental condition: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Does your child have any condition, which could be a school emergency? Yes No Explain: _____

Is your child presently taking any medicine not listed above? Yes No Explain: _____

Name of Medicine : _____ Time of day medicine is taken: _____

I/We the undersigned, parent(s) of the above, a minor, do hereby authorize the principal or designee as agent for the undersigned to consent to any x-ray, examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice Act, whether such a diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to vie specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of their best judgment may deem advisable.

This authorization shall remain effective until the end of the current school year, unless revoked in writing delivered to said agent(s).

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

FORMULARIO DE EMERGENCIA/TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE

Por favor IMPRIMA ◇ Devuelva a la oficina de la escuela

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

 Celular del Estudiante (opcional): _____ Grado: _____ Género: Masculino Femenino No Binario

 Domicilio: _____, _____, _____ Teléfono Principal: _____ Teléfono Adicional: _____
Calle Ciudad Código Postal

Nombre de Madre: _____ # Trabajo: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

Nombre de Padre: _____ # Trabajo: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

 Estudiante vive con: Ambos Padres Madre Padre Padrastra/Madrastra Guardián Legal Otro/Explique: _____

En caso de enfermedad o emergencia liste el nombre y la información de 3 personas a quienes podamos entregar a su hijo/a :

1. Nombre : _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

2. Nombre : _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

3. Nombre : _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

 Doctor del Estudiante: _____ Teléfono: _____ Permiso para contactar al Doctor: Si No

Nombre del Seguro de Salud: _____ Póliza de Seguro#: _____

INVENTARIO DE SALUD

En orden de proporcionar el mejor programa educativo para su hijo(a), la escuela aprecia que le provea la siguiente información de salud.

Por favor, marque cual condición(es) padece su hijo(a) y si el/ella está bajo el cuidado de un médico for esa condición.

<u>Condición</u>	<u>Limitaciones</u>	<u>Medicación/Dosis</u>	<u>Bajo Cuidado Médico</u>	
<input type="checkbox"/> Alergias, Alimentos/Otro Epi Pen <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Picada de Abeja: Epi Pen <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Condición Cadiaca	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Ataques de Epilepsia: Tipo: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (circule uno)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otra condición física/mental :	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

 Padece su hijo(a) alguna condición, que pueda resultar en una emergencia en la escuela? Si No Explique: _____

 Esta su hijo(a) tomando alguna medicina no listada arriba? Si No Explique: _____

Nombre de la Medicina : _____ Hora del día en que toma la medicina: _____

Yo/Nosotros quienes firmamos abajo, padre(s) del menor de edad nombrado arriba, autorizo(amos) al director o designatario como agente para los firmantes a dar su consentimiento para cualquier rayos x, exámen, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado de hospital que se estime conveniente por, y sea prestado bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia conforme a la Ley de Práctica de Medicina, si dicho diagnóstico o tratamiento toma lugar en la oficina de dicho médico en dicho hospital. Se entiende que esta autorización está dada antes de que cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado de hospital sea necesario pero es dada para proporcionar autoridad y poder en la parte de nuestro(s) agente(s) mencionados para emular consentimiento específico para cualquiera y todos dichos diagnosticos, tratamientos o cuidado de hospital que el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente.

Esta autorización permanecerá efectiva hasta el final de este año escolar, a no ser que sea revocada por escrito y entregada a dicho agente(s).

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____