

School \_\_\_\_\_  
Homeroom Teacher \_\_\_\_\_

# STUDENT EMERGENCY FORM

Name of Student \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Boy  Girl

Does this student have private health insurance? Yes  No  Medicaid? Yes  No  ID# \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_ Cell Phone # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Father \_\_\_\_\_ Work Phone # \_\_\_\_\_

Mother \_\_\_\_\_ Work Phone # \_\_\_\_\_

Emergency Contact #1 \_\_\_\_\_ Day Phone # \_\_\_\_\_ Cell Phone # \_\_\_\_\_

Emergency Contact #2 \_\_\_\_\_ Day Phone # \_\_\_\_\_ Cell Phone # \_\_\_\_\_

Doctor's Name \_\_\_\_\_ Date of Last Physical \_\_\_\_\_

Dentist's Name \_\_\_\_\_ Date of Last Exam \_\_\_\_\_

Hospital Preference \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

In case of a medical emergency, injury, or serious illness, I hereby authorize school personnel to take or send my child to the family physician or hospital: Yes  No

Does your child have a condition which might require emergency care at school? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(1) If yes, please state the condition, including allergies \_\_\_\_\_; (2) Please contact the school for a medical alert form; (3) Have the form filled out by the student's physician and return to school.

Daily medication at home? Yes  No  At school? Yes  No

Name of medication and reason for taking, include inhalers and EpiPens if applicable: \_\_\_\_\_

**If student requires medication at school, please obtain the appropriate form in the school office.**

List serious illness, injuries, or surgeries: \_\_\_\_\_

EYES: Glasses:  Reading  Distance  Contacts  Difficulty Seeing  Crossed  Lazy Eye  
EARS:  Frequent Infections  Tubes  Other \_\_\_\_\_  
 Hearing Aid  Right  Left  Wear at School  
 Hearing Difficulty; Explain: \_\_\_\_\_

Special Education or Services:  LD  Speech/Language  OT/PT  Counselor  BED  
 EMD  Special Diet  OHI  504  Other \_\_\_\_\_  
 Requires Special Health Care; explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Legal Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**IT IS THE PARENTS' RESPONSIBILITY TO KEEP THE SCHOOL INFORMED OF ANY CHANGES IN THE ABOVE INFORMATION.**

School \_\_\_\_\_  
Homeroom Teacher \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo M  F

¿Tiene seguro médico privado? Sí  No  ¿Medicaid? Sí  No  ID# \_\_\_\_\_

Padres / tutores \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia # 1 \_\_\_\_\_ Teléfono (día) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia # 2 \_\_\_\_\_ Teléfono (día) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de su último chequeo \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Fecha de su último chequeo \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia médica, herida, o enfermedad grave, autorizo al personal de la escuela a llevar o mandar a mi hijo(a) con su médico familiar o al hospital. Sí  No

¿Tiene su hijo (a) alguna dolencia que requiera ayuda de emergencia en la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(1) Si marcó sí, favor de indicar la dolencia, incluyendo alergias \_\_\_\_\_; (2) Favor de contactar a la escuela y pida el formulario alerta médica (medical alert form); (3) lleve la forma al médico para que se la complete y regrésela a la escuela.

¿Toma medicamento en la casa? Sí  No  ¿En la escuela? Sí  No

Nombre (s) de medicamento (s) y motivo (s) para tomarlos (s), incluyendo inhaladores y EpiPens, si aplica: \_\_\_\_\_

**Si el alumno necesita tomar medicación en la escuela, por favor obtenga el formulario apropiado en la oficina de la escuela.**

Mencione enfermedades graves, heridas, u operaciones: \_\_\_\_\_

**OJOS:** Lentes:  para leer  para distancia  
 Lentes de contacto  problemas visuales  
 Ojos torcidos  ojo perezoso

**OÍDOS:**  infecciones frecuentes  tubos Otro: \_\_\_\_\_  
 audífonos  derecha  izquierda  
 lo usa en la escuela  
 Problemas auditivos; explique \_\_\_\_\_

Educación especial o servicios:  Problemas de aprendizaje (LD)  Terapia de Lenguaje  Terapia ocupacional /  
Terapia Física (OT/PT)  Consejero  Incapacitado para controlar el comportamiento y/o emociones (BEH)

Retraso emocional y mental (EMH)  Dieta especial  OHI  504  Otro \_\_\_\_\_

Requiere cuidado médico especial; explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres / encargados legales

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES INFORMAR A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN LOS DATOS ARRIBA MENCIONADOS.**