

SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT MEDICAL EMERGENCY CARD

STUDENT INFORMATION

First Name _____ Last Name _____ Date of Birth _____ / ____ / ____ Grade _____ Student ID Number _____ (____) _____ Homeroom _____ Bus Letter _____
 Home Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Telephone Number _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

PARENT/GUARDIAN 1	PARENT/GUARDIAN 2
First Name _____ Last Name _____ (____) _____ Work Phone _____ Cell Phone _____ Place of Work _____ E-Mail _____ Relationship: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other _____ Resides in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Doctor to be called in case of emergency _____ Address _____ Phone (____) _____ Dentist to be called in case of emergency _____ Address _____ Phone (____) _____	First Name _____ Last Name _____ (____) _____ Work Phone _____ Cell Phone _____ Place of Work _____ E-Mail _____ Relationship: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other _____ Resides in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Doctor to be called in case of emergency _____ Address _____ Phone (____) _____

MEDICATION INFORMATION

Medications taken daily and dosage _____
 Reasons for medication _____
 Changes in physical condition since last year (illness, surgery, injuries, fractures, etc., include dates) _____
 Glasses Yes No Date of last vision exam _____ Allergies Yes No If yes, indicate allergy _____
 EPI Pen Yes No Asthma Yes No Inhaler Yes No Nebulizer Yes No Hearing difficulties Yes No

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

IMPORTANT: It is imperative that you provide a minimum of **two local names and numbers** of people who will be available to take responsibility for your child should illness or injury occur during school hours and we are unable to reach you.
 Special Instructions (optional): _____

A child's medical-surgical history is treated confidentially; however, information provided to the Health Office may be shared with staff members on a need to know basis in accordance w/FERPA laws.
 Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

FORMA DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Estudiante _____ Grade _____ Maestro _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE

Madre/Guardian _____ Direccion _____

De Teléfono _____ de Celular _____ de Trabajo _____

Padre _____ domicilio (si es diferente) _____

De Telefono _____ deCelular _____ de Trabajo _____

POR FAVOR, PROVEA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA ALTERNATIVO. SI NO LE PODEMOS CONTACTAR, LAS PERSONAS POR ABAJO TIENEN LA AUTORIZACION PARA SACAR SU NINO DE LA ESCUELA EN CASO DE UNA EMERGENCIA.

NOMBRE _____ Relacion al estudiante _____

Numero de teléfono _____ Direccion _____

NOMBRE _____ Relacion al estudiante _____

Numero de teléfono _____ Direccion _____

NOMBRE _____ Relacion al estudiante _____

Numero de teléfono _____ Direccion _____

Si no le podemos contactar a ninguna de las personas pr arriba, que quisiera que hagamos en caso de su niño esta enfermo o herido? _____

Esta comprendido que en la disposición final de un caso de emergencia, el jicio de la escuela va a prevalecer. La recomendaicion del padre que esta indicado ppr arriba será respetado a la magnitud posible.

DOCTOR _____ Número de Teléfono _____

Problemas especiales de la salud - incluyendo alergias, asma, or medicaciones _____
Lleva lentes/ Lentes de contacto SÍ _____ NO _____

SI LA INFORMACIÓN POR ARRIBA CAMBIA, VOY A NOTIFICAR LA ESCUELA EN ESCRITO.

Firma del padre/guardian: _____

HERMANOS Y HERMANAS

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SCHOOL _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SCHOOL _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SCHOOL _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SCHOOL _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SCHOOL _____