

# 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

<p><b>PARENT/GUARDIAN 1</b></p> <p>First Name _____ Last Name _____                  ( _____ ) _____                  Work Phone _____ Cell Phone _____                  Place of Work _____ E-Mail _____</p> <p>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</p> <p>Doctor to be called in case of emergency _____ Address _____                  Phone ( _____ ) _____</p>	<p><b>PARENT/GUARDIAN 2</b></p> <p>First Name _____ Last Name _____                  ( _____ ) _____                  Work Phone _____ Cell Phone _____                  Place of Work _____ E-Mail _____</p> <p>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</p> <p>Doctor to be called in case of emergency _____ Address _____                  Phone ( _____ ) _____</p>
---	---

## 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 \_\_\_\_\_