

**EMERGENCY INFORMATION**

This form must be completed by the parent/legal guardian & must be returned on the **second day of school. PRESS HARD/PRINT**

PUPIL (LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE NAME)		GENDER M F	BIRTH DATE (MM/DD/YY)	GRADE	TEACHER (PER LIST BELOW)	ROOM #
STREET ADDRESS				ZIP CODE	HOME TELEPHONE ( )	
MOTHER (LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE NAME)	EMERGENCY E-MAIL ADDRESS	WORK TELEPHONE NUMBER ( )		PAGER OR CELL PHONE # ( )		
FATHER (LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE NAME)	EMERGENCY E-MAIL ADDRESS	WORK TELEPHONE NUMBER ( )		PAGER OR CELL PHONE # ( )		
LEGAL GUARDIAN (LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE NAME)	EMERGENCY E-MAIL ADDRESS	WORK TELEPHONE NUMBER ( )		PAGER OR CELL PHONE # ( )		
WITH WHOM DOES THE STUDENT LIVE?	EMERGENCY E-MAIL ADDRESS	LANGUAGE SPOKEN AT HOME				

ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE)

**PERSONS TO BE CALLED WHEN PARENT(S) CANNOT BE REACHED AND TO WHOM THE SCHOOL MAY RELEASE YOUR CHILD DURING AN EMERGENCY SITUATION**

Health information about your child will be shared with this person ONLY as it relates to the specific reason he/she is being called.

(LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL) 1)	RELATIONSHIP TO STUDENT	DAYTIME TELEPHONE NUMBER ( )
(LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL) 2)	RELATIONSHIP TO STUDENT	DAYTIME TELEPHONE NUMBER ( )
(LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL) 3)	RELATIONSHIP TO STUDENT	DAYTIME TELEPHONE NUMBER ( )

**ADDITIONAL CONTACT INFORMATION:**

NAME OF STUDENT'S REGULAR DOCTOR	TELEPHONE NUMBER ( )
INSURANCE PROVIDER'S NAME	INSURANCE IDENTIFICATION NUMBER

**MEDICAL INFORMATION**

Check the appropriate box to indicate any current health condition that may require attention during the school day. Please notify the school nurse if your child has a severe or life-threatening allergic reaction to any foods or other allergens. The school nurse will work with you to develop a care plan for your child. (A copy of the Care Plan/Check List is available from the School Clinic.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Life-Threatening Allergies (list all that apply) | <input type="checkbox"/> Hemophilia                              |
| <input type="checkbox"/> Foods _____                                      | <input type="checkbox"/> Physical Disability (be specific) _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicines _____                                  | <input type="checkbox"/> Asthma or other breathing problems      |
| <input type="checkbox"/> Other _____                                      | <input type="checkbox"/> Seizures                                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Cancer                                  |
| <input type="checkbox"/> Hearing Problems                                 | <input type="checkbox"/> Vision Problems                         |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems                                   | <input type="checkbox"/> Glasses                                 |
| <input type="checkbox"/> Hearing aid(s)                                   | <input type="checkbox"/> Contacts                                |
| <input type="checkbox"/> Other (Be specific)                              |  |

**MEDICATIONS** (ex. Epipen, glucagon, inhaler, etc)

Has your child been prescribed any emergency medications? Please list \_\_\_\_\_  
 What medications does your child take at school? \_\_\_\_\_  
 If your child is unable to leave school at the normal time due to an emergency, are there medications that your child must take? Please list medication and indicate reason. \_\_\_\_\_

**MEDICATION AUTHORIZATION FORMS MUST BE COMPLETED FOR ANY MEDICATION(S) TO BE GIVEN AT SCHOOL. THESE FORMS MAY BE OBTAINED FROM THE SCHOOL CLINIC STAFF.**

I understand that the above information, the results of hearing and vision screening, and immunization information may be shared with my child's teacher(s), principal or other school staff as needed. No other health information will be shared without my permission. This information form will be kept in the clinic and with authorized school staff, and may be used by school health staff, my child's teachers, principal, or other school staff as needed.

The school has my permission, in an emergency, when I cannot be contacted, to take my child to the emergency room of the nearest hospital, and its medical staff have my authorization to provide treatment which a physician deems necessary for the well-being of my child. A copy of this page will be given to the Emergency Medical Services (EMS) staff who respond to a 911 call.

**SCHOOL CLOSINGS, DELAYS, EARLY DISMISSALS AND OTHER EMERGENCIES**

**SHOULD IT BE NECESSARY TO CLOSE SCHOOL DURING THE DAY, THE CHILD INDICATED ABOVE HAS BEEN INSTRUCTED TO:**

- Ride home on his/her regular bus
- Walk directly home
- Go to the home of (name) \_\_\_\_\_ (address) \_\_\_\_\_
- My child is enrolled in after-school Extended Day/Check-In Program and should go there.
- Other instructions have been given to the child (specify here) \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: **X** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT: PLEASE NOTIFY SCHOOL HEALTH STAFF OF ANY CHANGES TO THE ABOVE INFORMATION**

# INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

ESCUELAS PÚBLICAS DE ARLINGTON

Éste formulario debe ser completado por uno de los padres o el encargado legal y devuelto al maestro **el segundo día de escuela. IMPRIMA Y PRESIONE FUERTE**

ALUMNO (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		GÉNERO M F	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO	GRADO	MAESTRO SEGUN LA LISTA DE ABAJO	# DE AULA
DIRECCIÓN				CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE LA CASA ( ) ( )	
MADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	E-MAIL EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) ( )		BEEPER O CELULAR # ( ) ( )		
PADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	E-MAIL EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) ( )		BEEPER O CELULAR # ( ) ( )		
ENCARGADO LEGAL DEL NIÑO/A (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	E-MAIL EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) ( )		BEEPER O CELULAR # ( ) ( )		
¿CON QUIÉN VIVE EL ESTUDIANTE ?	E-MAIL EN CASO DE EMERGENCIA	IDIOMA QUE SE HABLA EN LA CASA				

**SI VIVE TAMBIÉN EN OTRA DIRECCIÓN, PROPORCIÓNELA AQUÍ**

## AMIGO O PARIENTE A QUIEN SE PUEDE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA Y QUIÉN TOMARÁ CARGO DEL NIÑO SI NO SE PUEDE LOCALIZAR A LOS PADRES

La información de su hijo(a) que se le dará a esta persona, será ÚNICAMENTE referente al motivo específico por el cual se la llama.

(APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) 1)	RELACIÓN CON EL ALUMNO	NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA ( ) ( )
(APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) 2)	RELACIÓN CON EL ALUMNO	NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA ( ) ( )
(APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) 3)	RELACIÓN CON EL ALUMNO	NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA ( ) ( )

### INFORMACIÓN ADICIONAL:

NOMBRE DEL MÉDICO QUE TRATA A SU HIJO(A) REGULARMENTE	TELÉFONO ( ) ( )
NOMBRE DE SU SEGURO MÉDICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

### INFORMACIÓN MÉDICA

**Marque la casilla apropiada para indicar cualquier condición médica que pueda requerir atención durante el día en la escuela.**

Por favor informe a la enfermera de la escuela si su hijo(a) tiene alguna reacción alérgica severa a cualquier comida u otros alérgenos que pongan en peligro su vida. La enfermera de la escuela trabajará con usted para elaborar un plan de cuidado para su hijo(a).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias que pongan en peligro su vida<br>(Especifique y explique todas las categorías que aplican) | <input type="checkbox"/> Hemofilia  |
| <input type="checkbox"/> Comidas _____   | <input type="checkbox"/> Impedimentos físicos (Especifique) _____   |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos _____  | <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios   |
| <input type="checkbox"/> Otros _____   | <input type="checkbox"/> Convulsiones   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Cáncer   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído <input type="checkbox"/> Aparato para oído(s)                                     | <input type="checkbox"/> Problemas con la vista <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón  | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique)  |

**MEDICAMENTOS** - Haga una lista de todos los medicamentos, la dosis y las horas que su hijo(a) necesita tomarlos durante el día en la escuela. Por ejemplo: Autoinyector de adrenalina "Epipen", glucagón, inhalador, etc. \_\_\_\_\_

En un caso de una emergencia que impida que su hijo salga de la escuela y se dirija a su hogar a la hora regular, ¿qué medicamentos debe tomar? Especifique la razón y medicamentos. \_\_\_\_\_

### EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DEL ALUMNO, Y DEBE INCLUIR TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE DEBEN ADMINISTRAR EN LA ESCUELA. EL FORMULARIO SE PUEDE OBTENER EN LA CLÍNICA DE LA ESCUELA.

Yo entiendo que la información arriba indicada y los resultados de los exámenes de oído, de la vista e inmunizaciones podrán ser compartidas con el maestro o maestros de mi hijo(a), y con el director de la escuela u otro personal escolar. Ninguna otra información médica será divulgada sin mi permiso. Éste formulario se mantendrá en la clínica u otros sitios en la escuela, y puede ser usado por el personal de salud escolar, los maestros, el director o cualquier otro personal de la escuela cuando sea necesario.

En caso de emergencia, cuando el personal escolar no logre ponerse en contacto conmigo, autorizo al personal escolar a llevar a mi hijo(a) a una clínica de emergencia, o al hospital más cercano, y autorizo al personal médico a darle el tratamiento que ellos estimen necesario para su bienestar. Una copia de este formulario será proporcionada al personal del servicio de emergencia que responda a la llamada de 911.

### CIERRE DE LA ESCUELA DEBIDO A UNA EMERGENCIA O MAL TIEMPO DE SER NECESARIO EL CIERRE DE LA ESCUELA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR, EL ALUMNO CUYO NOMBRE SE INDICA ARRIBA HA DE SEGUIR LAS INSTRUCCIONES A CONTINUACIÓN Y DEBE:

- Regresar a la casa en el autobús escolar usual
- Caminar y dirigirse directamente a la casa
- Ir a la casa de (nombre) \_\_\_\_\_ (dirección) \_\_\_\_\_
- El niño está inscrito en el Programa de Guardería "Extended Day" \_\_\_\_\_ o "Check-In" \_\_\_\_\_ y debe ir allí.
- Si el alumno ha de seguir otras instrucciones, explíquelas aquí \_\_\_\_\_

Firma del padre/encargado legal: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: POR FAVOR NOTIFIQUE AL PERSONAL DE LA CLÍNICA DE LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN ÉSTA INFORMACIÓN.**