

GUADALUPE UNION SCHOOL DISTRICT
STUDENT EMERGENCY CARD/
DISTRITO ESCOLAR DE GUADALUPE
TARJETA DE EMERGENCIA DE ESTUDIANTE

TEACHER/MAESTRO(A)

Special Health Alert/
 Alerta Especial de Salud

Student Name: _____ D.O.B.: _____ Grade: _____ Sex: M ☐ F ☐
 Alumno(a) Last/Apellido First/Nombre Fecha de Nacimiento Grado Sexo

PRIMARY CONTACTS -- CONTACTOS PRINCIPALES

	Mother/Guardian Madre/Tutor	Father/Guardian Padre/Tutor (Check box if same information as mother/Marque la caja si información es igual que la Madre)
Name (Last,First)/ Apellido y Nombre		
Address/Domicilio (Street, City & Zip/ Calle, Ciudad, Código Postal)		☐
Home Phone No./ Teléfono de Casa		☐
Employer & Phone #/ Trabajo y Numero de Teléfono		
E-mail/Correo Electronico		

Child lives with: ☐ Both Parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Step Mother ☐ Step Father ☐ Guardian/Other: _____
 Nino(a) vive con Ambos Padres Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor/Otro

Secondary Contacts and Authorization for Release of Students

Contactos Secundarios y Autorización Para La Entrega de un Estudiante

Please list persons **other than the parent/guardian** that the school can reach should your child need medical treatment for illness or injury and that is authorized for release of student. **Please complete all 4 contacts below.** Por favor de indicar personas **diferentes a los padres/tutores** que la escuela pueda llamar si el niño/a necesita tratamiento médico por enfermedad o lesión y es autorizado para recoger el estudiante. **Por favor, indiquen los 4 contactos de abajo.**

Name/Nombre	Phone #/ No. de Teléfono	Cell Phone #/ No. de Celular	Relationship to Student/ Relacion con el/la alumno(a)
1.			
2.			
3.			

In addition, please list an out-of-state person and phone number in case of a disaster./

Además, por favor, indiquen una persona fuera del estado y su número de teléfono en caso de un desastre:

4.			
----	--	--	--

In case of disaster (check one) ☐ Keep my child at school OR ☐ Release my child to any of the people listed.

En caso de desastre (marquen uno) ☐ Mantener mi hijo/a en la escuela O ☐ Dejarlo/a salir con cualquiera de las personas indicadas.

Authorization for Release of Students/ Autorización Para La Entrega de un Estudiante: In the continuation of keeping our students safe, the school would like to inform you that it will not release any student to any person other than the parent or legal guardian. In order for the school to release a student to any person that is not the parent or legal guardian, it will need to be authorized by the parent or legal guardian in one of the following ways: A continuación de mantener seguros a nuestros estudiantes, la escuela le gustaría informarle de que no entregara a ningún estudiante a cualquier persona que no sea el padre o tutor legal. En orden para que la escuela podrá soltar un estudiante a una persona que no sea el padre o tutor legal, tendrá que ser alguien autorizado por el padre, madre o tutor legal en una de la siguiente forma:

- Print the name(s) of the person(s) who will be authorized to pick up the student. Ponga arriba los nombres de las personas que serán autorizados de recoger el estudiante.
- Parent or legal guardian will need to contact the school office and provide the school with the name of the person that will be picking up the student. The person picking up the student will need to provide a valid identification to school personnel upon arrival. Padre o tutor legal deberán comunicarse con la oficina y proveer a la escuela con el nombre de la persona que va a recoger al estudiante. La persona que recoja el estudiante tendrá que proporcionar una identificación válida al personal de la escuela a su llegada.
- A written note from the parent or legal guardian stating who will be picking up the student, the date the student will be picked up, and the person picking up the student will need to provide a valid identification to school personnel upon arrival. Una nota por escrito y firmada por el padre o tutor legal que indica quien va a recoger al estudiante, la fecha en que el estudiante será levantado y la persona que recoge el estudiante tendrá que proporcionar una identificación válida al personal de la escuela a su llegada.

It is the responsibility of the parent or legal guardian to notify the school of any changes made to the Authorization for Release of Student section. **Es la responsabilidad de los padres' o tutor legal de notificar a la escuela de cualquier cambio realizado en esta autorización.**

- ☐ I have read and understand the Secondary Contacts and Authorization for Release of Students.
He leído y entiendo lo contenido sobre los Contactos Secundarios y la Autorización Para La Entrega de Un Estudiante.

Parent/Guardian Signature/Firma de Padre o Tutor Legal

Date/Fecha

Student's Physician/Medico del alumno(a):
Last Physical Exam/Ultimo examen medico:
Insurance Company/Compania de Seguranza:

Siblings/Hermanos

School/Escuela

MEDICAL INFORMATION -- INFORMACION MEDICA

Check only those that apply and return to school office. **Marque solo lo que sea aplicable y entregar en la oficina de la escuela.**

- ☐ **Asthma/Asma** Requires medication/inhaler / **Necesita medicación/inhalador** ☐ Yes/Sí ☐ No ☐ Daily/Diario ☐ As needed/Cuando se necesite
☐ With exercise/Con ejercicio Name of medication/Nombre de la medicina _____
Given at school/¿Administrada en la escuela? ☐ Yes/ Sí ☐ No
- ☐ **Allergic Reactions/ Reacción alérgica (Severe/ Severa)** To What/¿A qué? _____ Hives/rash/Urticaria/ erupción ☐ Yes/ Sí ☐ No
Breathing Difficulty/¿Dificultad respiratoria? ☐ Yes/Sí ☐ No
Uses Benadryl/ Usa Benadryl ☐ Yes/Sí ☐ No Has epi-pen/¿Tiene " epi-pen"? ☐ Yes/ Sí ☐ No
- ☐ **Diabetes** ☐ Type I /Tipo I ☐ Type II/Tipo II Medications/Medicina: ☐ Oral ☐ Injection/ Inyección ☐ Pump/Bombeo
Given at school/¿Administrada en la escuela? ☐ Yes/ Sí ☐ No
- ☐ **Seizure Disorder/ Ataques epilépticos** Date of last seizure/Fecha de último ataque _____ Requires medication/¿Necesita medicina? ☐ Yes/ Sí ☐ No
Name of Medication/Nombre de medicina _____ Physician/Medico _____
- ☐ **Heart Problems/ Problemas Cardiacos** Diagnosis/ Diagnóstico: _____ Physician Restrictions/Restricciones físicas ☐ Yes/ Sí ☐ No
- ☐ **Hospitalization/ Hospitalización** Date/Explain/Fecha/Explicar: _____
(ER Visits/Visitas a Emergencia)
- ☐ **Assistive Devices/ Aparatos de Ayuda** ☐ Corrective shoes/braces/ Zapatos/soporte correctivos ☐ Crutches/Muletas ☐ Wheelchair/scooter/Silla de ruedas motorizada
☐ Glasses/Lentes ☐ Hearing Aides/Aparato de sordera
- ☐ **Taking Medication/ Toma Medicación** For what condition/ Para qué condición: _____
Given at school/¿Administrada en la escuela? ☐ Yes/ Sí ☐ No

Please list any other important health information. **Por favor, indicar cualquier otra información de salud de importancia:**

If my child suffers a serious injury or illness, I understand first aid will be rendered in accordance with local school practices. If neither of my alternate nor I can be reached by phone, please call the doctor listed or transport my child to any available medical facility. I am aware that in most situations the physical/medical facility will not treat a minor child without parent permission. I understand that the school assumes no financial responsibility for medical care or transportation. **Si mi hijo/a sufriera una lesión o enfermedad seria, entiendo que se le administrarán primeros auxilios de acuerdo con las prácticas escolares locales. Si no me pueden localizar por teléfono o a ninguna de las personas alternativas, por favor, llamen al médico disponible. Entiendo que en la mayoría de las situaciones el centro médico no dará tratamiento a mi hijo/a menor sin el permiso de los padres. Entiendo que la escuela no toma ninguna responsabilidad financiera por el tratamiento médico o por el transporte.**

PREFERRED PHYSICIAN -- **MEDICO PREFERIDO:** _____ PHONE -- **TELEFONO:** _____

FAMILY MEDICAL INSURANCE CARRIER: _____ POLICY #: _____
COMPANIA DE SEGURO MEDICO **Número de Póliza**

X
Parent/Guardian Signature -- **Firma de Padre o Tutor Legal**

Date -- **Fecha**

The Guadalupe Union School District submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing services company. **El Distrito Escolar de Guadalupe somete peticiones a MEDI-CAL para revisiones básicas de salud dadas a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proveer servicios de salud adicionales para los estudiantes de todo el distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por ninguno de los servicios de salud escolares. Estoy De Acuerdo que se envíen a la agencias de MEDI-CAL/ASEGUANZAS medicas por servicios de salud escolares para mi hijo/a y por intercambiar información relacionada con recibos de pago con las componías de servicios del distrito escolar.**

X
Parent/Guardian Signature -- **Firma de Padre o Tutor Legal**

Date -- **Fecha**