

**EMERGENCY AND HEALTH INFORMATION****Room:**

Student Last Name: _____ First Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Home Address: _____ City: _____ Zip: _____ Home Phone: _____

Mother's Name: _____ Address: _____ Cell Phone: _____

Mother's Work Phone: _____ Mother's Email: _____

Father's Name: _____ Address: _____ Cell Phone: _____

Father's Work Phone: _____ Father's Email: _____

I authorize and consent that my child's name or visual image be release to the news media by SDCOE and its designee for Publications purposes: ☐ Yes ☐ No**EMERGENCY INFORMATION:** Provide name, address and telephone number of three adults other than parents who could take the child if he/she becomes ill at school and the parents are not available, preferably someone in the school area with a telephone and car. Your child will not be release to anyone except a parent/guardian or those adults listed below, with a photo id.

1. _____

NAME (RELATIONSHIP) ADDRESS PHONE

2. _____

NAME (RELATIONSHIP) ADDRESS PHONE

3. _____

NAME (RELATIONSHIP) ADDRESS PHONE

DISASTER PREPAREDNESS PLAN INFORMATIONIn the case of a disaster (earthquake, fire, flood, bomb threat, etc.) your child will **not** be released to anyone except those listed above.*I understand that the San Diego County Office of Education and Chula Vista Elementary School District does not provide medical or accident insurance for students for school related injuries. The law requires that parents be provided with certain information that is included in the parent handbook. The law also requires parents to sign this form, which indicates you have received this information.*I have seen the information concerning student accident insurance: ☐ Yes ☐ No**I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE STATEMENTS.**

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

CHILD'S DOCTOR: _____

NAME

ADDRESS

PHONE

MEDICAL INSURANCE CARRIER: _____

(HMO – Medical – Private – None)

HEALTH INFORMATION**VISION**Does your child wear glasses? ☐ Yes ☐ NoIf yes, for ☐ Close work only ☐ Distance only ☐ Both**HEARING**Does your child have a hearing loss? ☐ Yes ☐ NoAre hearing aids used? ☐ Right Ear ☐ Left Ear ☐ NoneAre cochlear implants used? ☐ Right Ear ☐ Left Ear ☐ NoneDOES YOUR CHILD HAVE A **LIFE THREATENING ALLERGIC REACTION?** ☐ YES ☐ NO

IF SO, TO WHAT? INSECT (TYPE) _____ FOOD (TYPE) _____ OTHER (TYPE) _____

WOULD YOU LIKE TO KEEP AN EMERGENCY INJECTABLE MEDICATION (EpiPen) AT SCHOOL? ☐ YES ☐ NOHAS YOUR CHILD HAD **ASTHMA** WITHIN THE PAST YEAR? ☐ YES ☐ NO

CURRENT MEDICATIONS _____

DOES YOUR CHILD NEED AN INHALER AT SCHOOL? ☐ YES ☐ NO _____DOES YOUR CHILD **CURRENTLY** HAVE ANY OF THE FOLLOWING? (PLEASE CHECK V APPROPRIATE RESPONSE)☐ YES ☐ NO HEART DISEASE ☐ YES ☐ NO FREQUENT EAR INFECTIONS☐ YES ☐ NO SEIZURE DISORDERS ☐ YES ☐ NO DIABETES☐ YES ☐ NO ACTIVITY LIMITATIONS? IF YES, PLEASE DESCRIBE _____☐ YES ☐ NO ANY OPERATIONS? IF YES, PLEASE DESCRIBE _____

LIST ANY MEDICATIONS YOUR CHILD IS TAKING ON A REGULAR BASIS _____

DO ANY MEDICATIONS NEED TO BE ADMINISTERED AT SCHOOL? ☐ YES ☐ NO NAME OF MEDICATION _____

DESCRIBE OTHER HEALTH INFORMATION THAT MAY AFFECT YOUR CHILD AT SCHOOL _____

PLEASE CALL THE SCHOOL IF YOUR CHILD HAS A CURRENT HEALTH PROBLEM



INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD

Salón:

Apellido del Alumno:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Grado:	Maestro/a:
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:	Teléfono en el Hogar:	
Nombre de la Madre:		Dirección:	Teléfono Celular:		
Tel. en el Trabajo de la Madre:		Correo Electrónico de la Madre:			
Nombre de la Padre:		Dirección:	Teléfono Celular:		
Tel. en el Trabajo del Padre:		Correo Electrónico del Padre:			

Autorizo y doy mi consentimiento para que el nombre o la fotografía de mi hijo se publiquen en los medios de comunicación por parte de SDCOE y su representante para fines de Publicaciones: ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: Favor de proporcionar nombre, DIRECCIÓN y número de teléfono de tres personas adultas que no sean los padres, quienes puedan recoger al niño si los padres no están disponibles, de preferencia que vivan en la zona, con teléfono y auto. Su hijo no será entregado a nadie excepto a un padre/tutor o a los adultos enumerados a continuación con una identificación con fotografía.

1.	NOMBRE(PARENTESCO)	DIRECCIÓN	TELÉFONO
2.	NOMBRE(PARENTESCO)	DIRECCIÓN	TELÉFONO
3.	NOMBRE(PARENTESCO)	DIRECCIÓN	TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL PLAN EN CASO DE DESASTRE

En caso de un desastre (terremoto, incendio, inundación, amenaza de bomba, etc.) sólo se entregará el niño a los anotados arriba.

Entiendo que el San Diego County Office of Education o Distrito Escolar Primario de Chula vista no proporciona seguro medico o de accidente para lastimaduras relacionadas a la escuela. La le require que se proporciona a los padres cierta información que incluye en el manual para padres. La ley también require que los padres firmen este formulario para indicar que recibió esta información.

He leído la información respecto al seguro estudiantil: ☐ Sí ☐ No

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

DOCTOR DEL NIÑO:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
--------	-----------	----------

PORTADO DEL SEGURO MÉDICO:
(HMO – Medical – Privada – Ninguna)

INFORMACIÓN DE SALUD

VISIÓN

¿Usa su niño anteojos? ☐ Sí ☐ No
Si, contesto son para ver solo de ☐ Cerca ☐ Lejos ☐ Para Ambos

AUDICIÓN

¿Tiene su niño/a pérdida de audición del oído? ☐ Sí ☐ No
¿Usa aparato auditivo? ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ninguna
¿Usa Implantes Cocleares? ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐

¿SUFRE EL NIÑO DE ALERGIAS QUE LO PONGAN EN PELIGRO DE MUERTE? ☐ Sí ☐ NO
SI CONTESTÓ SÍ, ¿DE QUÉ CLASE? INSECTOS (TIPO) _____ ALIMENTOS (TIPO) _____ DE OTRA CLASE (TIPO) _____

¿DESEA MANTENER MEDICAMENTO INYECTABLE DE EMERGENCIA (EpiPen) EN LA ESCUELA? ☐ Sí ☐ NO

¿HA PADECIDO DE ASMA SU HIJO EN EL ÚLTIMO AÑO? ☐ Sí ☐ NO

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO _____

¿NECESITA SU NIÑO UN INHALADOR EN LA ESCUELA? ☐ Sí ☐ NO

¿PADECE SU HIJO ACTUALMENTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS? (FAVOR DE MARCAR V LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA)

☐ SÍ ☐ NO	ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	☐ SÍ ☐ NO	INFECCIONES DEL OÍDO FRECUENTES
☐ SÍ ☐ NO	CONVULSIONES	☐ SÍ ☐ NO	DIABETES

☐ SÍ ☐ NO ¿TIENE LIMITACIONES FÍSICAS? SI CONTESTÓ SÍ, DESCRIBA _____

☐ SÍ ☐ NO ¿HA TENIDO ALGUNA OPERACIÓN? SI CONTESTÓ SÍ, DESCRIBA _____

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO TOMA REGULARMENTE _____

¿HAY ALGÚN MEDICAMENTO QUE NECESITE TOMAR EN LA ESCUELA? ☐ SÍ ☐ NO NOMBRE DE MEDICAMENTO _____

DESCRIBA CUALQUIER INFORMACIÓN DE SALUD QUE PUEDA AFECTAR A SU HIJO EN LA ESCUELA _____

FAVOR DE LLAMAR A LA ESCUELA SI SU NIÑO SUFRE DE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD