

**DAVILA DAY SCHOOL
EMERGENCY AND HEALTH INFORMATION**

Student Last Name: _____ First Name: _____ Date of Birth: _____

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: _____

EMERGENCY INFORMATION: Provide name, address and telephone number of two persons 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.

1. _____

NAME (RELATIONSHIP)	ADDRESS	PHONE
---------------------	---------	-------

2. _____

NAME (RELATIONSHIP)	ADDRESS	PHONE
---------------------	---------	-------

3. _____

NAME (RELATIONSHIP)	ADDRESS	PHONE
---------------------	---------	-------

DISASTER PREPAREDNESS PLAN INFORMATION

In 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

<p>VISION</p> <p>Does your child wear glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, for <input type="checkbox"/> Close work only <input type="checkbox"/> Distance only <input type="checkbox"/> Both</p>	<p>HEARING</p> <p>Are hearing aids used? <input type="checkbox"/> Right Ear <input type="checkbox"/> Left Ear <input type="checkbox"/> None</p> <p>Are cochlear implants used? <input type="checkbox"/> Right Ear <input type="checkbox"/> Left Ear <input type="checkbox"/> None</p>
---	--

DOES 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 AT SCHOOL? YES NO

HAS 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 APPROPRIATE RESPONSE)

<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO HEART DISEASE	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FREQUENT EAR INFECTIONS
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SEIZURE DISORDERS	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DIABETES
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ACTIVITY LIMITATIONS? IF YES, PLEASE DESCRIBE _____	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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 NURSE IF YOUR CHILD HAS A CURRENT HEALTH PROBLEM

**DAVILA DAY SCHOOL
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD**

Apellido del Alumno: _____	Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
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: _____	

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: Favor de proporcionar nombre, DIRECCIÓN y número de teléfono de dos personas 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

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 médico o de accidente para lastimaduras relacionadas a la escuela. La ley requiere que se proporciona a los padres cierta información que incluye en el manual para padres. La ley también requiere que los padres firmen este formulario para indicar que recibió esta información.

He leído la información respect 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

¿Usa su niño anteojos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, contesto son para ver solo de <input type="checkbox"/> Cerca <input type="checkbox"/> Lejos <input type="checkbox"/> Para ambos	¿Usa aparato auditivo? <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ninguna ¿Usa cochlear implants? <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ninguna
---	---

¿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 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)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO INFECCIONES DEL OÍDO FRECUENTES
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 AL ENFERMERO ESCOLAR SI SU NIÑO SUFRE DE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD