



PREPARING STUDENTS FOR
**LIFE BEYOND THE
CLASSROOM**

est. 1991

Accredited by NCASES and Middle States Association

STUDENT EMERGENCY INFORMATION
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

SCHOOL YEAR: _____

Student Name (Nombre del estudiante) _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

Age (Edad) _____ Classification (Clasificación) _____

Address (Domicilio) _____ Home Phone _____
Number(numero) street(calle) city(ciudad) zip code(código zip) Teléfono de casa

Primary/Guardian Name _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Nombre principal/tutor Teléfono móvil Teléfono del trabajo

Secondary/Guardian's Name _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Nombre secundario/tutor Teléfono móvil Teléfono del trabajo

Parent/Guardian Email Address (Dirección de correo electrónico del padre/tutor): _____

Do you have health insurance? ¿Tienes seguro médico? Yes/sí No

Insurance Co./Number (compañía de seguros/número): _____ Medicaid #: _____

EMERGENCY CONTACT TO NOTIFY IF PRIMARY/SECONDARY CANNOT BE REACHED
CONTACTO DE EMERGENCIA PARA NOTIFICAR SI NO SE PUEDE LLEGAR AL PRIMARIO/SECUNDARIO

Name _____ Phone _____ Relationship _____

Name _____ Phone _____ Relationship _____

Nombre _____ Telefono _____ Relación _____

HEALTH CARE PROVIDERS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Family Physician (Médico/a de familia) _____ Phone (Teléfono) _____

Psychiatrist (Psiquiatra) _____ Phone (Teléfono) _____

Neurologist (Neurólogo/a) _____ Phone (Teléfono) _____

HEALTH ISSUES (Please circle "Yes" or "No")
PROBLEMAS DE SALUD (encierre en un círculo "Sí" o "No")

ALLERGIES Yes No If yes, please list w/type of reaction below. **ALERGIAS** Sí No En caso afirmativo, indique el tipo de reacción abajo.

Seasonal Allergies (alergias estacionales): _____

Drug Allergies (alergias a medicamentos): _____

Food Allergies (alergias a los alimentos): _____

SPECIAL DIET Yes No Type _____ **DIETA ESPECIAL** Sí No Tipo _____

ASTHMA Yes No If yes, please indicate trigger. **ASMA** Sí No En caso afirmativo, indique los desencadenantes:

SEIZURES Yes No If yes, complete below. **CONVULSIONES** Sí No En caso afirmativo, complete a continuación:

Date of last seizure (Fecha de la última incautación): _____

Classification of seizure (clasificación de las convulsions): _____

Describe activity (Describir actividad): _____

OTHER MEDICAL CONDITIONS (OTRAS CONDICIONES MÉDICAS)

Please circle yes or no. Describe if yes. Por favor circule sí o no. Describa si es así.

Yes (Sí) No Liver/Kidney (Riñón hígado): _____

Yes (Sí) No Heart Condition (Problemas cardiacos): _____

Yes (Sí) No Diabetes: _____

Yes (Sí) No Visual Impairment (discapacidad visual): _____

Yes (Sí) No Hearing Impairment (la discapacidad auditive): _____

Yes (Sí) No Neurological (Neurológico/a): _____

Yes (Sí) No Orthopedic (Ortopédico/a): _____

Yes (Sí) No Dermatological (dermatológico/a): _____

DAILY MEDICATIONS (include: name, dose, how often, reason) **MEDICAMENTOS DIARIOS** (incluya: nombre, dosis, frecuencia, razón):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

I HEREBY GIVE PERMISSION TO THE SCHOOL PRINCIPAL AND/OR PHOENIX STAFF MEMBER TO OBTAIN EMERGENCY TREATMENT REQUIRED BY MY CHILD, AND RELEASE THE PHOENIX CENTER AND ITS EMPLOYEES FROM ALL LIABILITY IN CONNECTION THEREWITH. I ALSO GRANT THE PHOENIX CENTER STAFF THE RIGHT TO SHARE MEDICAL INFORMATION AMONGST THEMSELVES ON A NEED TO KNOW BASIS. ADDITIONALLY, I AGREE TO IMMEDIATELY INFORM THE HEALTH OFFICE OF ALL MEDICATION AND/OR MEDICAL CHANGES THAT OCCUR THROUGHOUT THE SCHOOL YEAR.

POR LA PRESENTE DOY PERMISO AL DIRECTOR DE LA ESCUELA Y/O MIEMBRO DEL PERSONAL DE PHOENIX PARA OBTENER TRATAMIENTO DE EMERGENCIA REQUERIDO POR MI HIJO, Y LIBERO AL CENTRO DE PHOENIX YA SUS EMPLEADOS DE TODA RESPONSABILIDAD EN RELACIÓN CON ELLO. TAMBIÉN CONCEDO AL PERSONAL DEL CENTRO PHOENIX EL DERECHO DE COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA ENTRE ELLOS SEGÚN LA NECESIDAD DE SABER. ADEMÁS, ESTOY DE ACUERDO EN INFORMAR INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DE SALUD DE CUALQUIER MEDICAMENTO Y/O CAMBIOS MÉDICOS QUE OCURRAN DURANTE EL AÑO ESCOLAR.

Parent/Guardian* Signature (Firma del Padre/Tutor)

Print Parent/Guardian Name (Escriba el nombre del padre/tutor)

Date (Fecha)

Do you have legal guardianship? Yes No In process ¿Tiene tutela legal? Si No En proceso

*Legally appointed guardians please provide legal documentation for your child's file. Tutores designados legalmente, proporcione la documentación legal para el archivo de su hijo.

PLEASE RETURN THIS FORM TO DIANE HAYES