

Student name:
(Nombre del estudiante): _____

Gender:
(Género): _____

Date of Birth:
(Fecha de nacimiento): _____

PVSD School Site
Student and Emergency Card Information 2015 - 2016

Grade/Grado: _____
Room/ Salón: _____

Student Name:

Student resides with/ Estudiante vive con: Both Parents/ Ambos Padres Mother/ Madre Father/ Padre
 Joint Custody/ Tutela Compartida Guardian/Tutor

Home Address/ Domicilio _____ Phone/Teléfono: _____
Home E-mail address/Correo electrónico _____

Parent/Guardian	Full Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____
	Home address/ Domicilio: _____, _____, _____, _____, _____ Phone/Teléfono: Home/Casa: _____ Cell: _____ Work-- Trabajo: _____ Employer/ Empleador: _____ E-mail Address/Correo electrónico: _____
Parent/Guardian	Full Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____
	Home address/ Domicilio: _____, _____, _____, _____, _____ Phone/Teléfono: Home/Casa: _____ Cell: _____ Work-- Trabajo: _____ Employer/ Empleador: _____ E-mail Address/ Correo electrónico: _____

In the event of illness, medical emergency or disaster and parent/guardian cannot be reached, a school official may call the following **local stepparent, friends, relatives, or adult siblings (18 or over) who are authorized to take responsibility for student's care: (For DISASTER release, please include the names of local authorized neighbors, carpool drivers (vans, buses or day care) who routinely pick up your child.)**

En caso de enfermedad, emergencia médica, o desastre, y no podemos localizar a uno de los padres/tutores un oficial escolar llamará a los siguientes **amigos o parientes locales o hermanos adultos (más de 18 años) quienes están autorizados para responsabilizarse del cuidado del estudiante: (Para salida en caso de DESASTRE, por favor incluyan los nombres de los vecinos locales autorizados, personas que los llevan (vans, autobuses o cuidado infantil) que regularmente recogen a su hijo(a).**

Date of Birth:

Illness, Emergency, Disaster Release/ Salida por Enfermedad/Emergencia/Desastre

Last Name/Nombre	First Name	Relationship	Type/Tipo (cell,work)	Phone/ Teléfono #2	Type/Tipo (cell,work)

Brothers and Sisters of Student/ Hermanos y Hermanas del Estudiante

Name/ Nombre	DOB	School/ Escuela	Name/ Nombre	DOB	School/ Escuela

Please complete the health history information requested below; check (X) all that apply.

Por favor completen la información sobre la historia de salud solicitada más adelante: Marquen (X) a lo que corresponda:

Allergies/ Alergias	Conditions/Problemas	Other Health Conditions/ Concerns/ Otros problemas la salud
<input type="checkbox"/> Asthma/ Asma	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Handicapped/ Minusválido: Describe/ Describe: _____
<input type="checkbox"/> Bee sting/ Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hearing condition/ Problemas de oído – Describe/ Describe: _____
<input type="checkbox"/> Peanut/ Cacahuete	<input type="checkbox"/> Migraines/ Migrañas	<input type="checkbox"/> Heart condition/ Problemas del corazón – Describe/ Describe: _____
<input type="checkbox"/> Food/ Comida to _____	<input type="checkbox"/> Seizures/ Ataques	<input type="checkbox"/> Vision concerns/ Problemas do vista – Describe/ Describe: _____
<input type="checkbox"/> Seasonal/ Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Wears glasses/contacts/ Usa lentes/ de contacto	<input type="checkbox"/> Other health concerns/ Otros problemas de salud: _____
<input type="checkbox"/> Drug/ Droga to _____	<input type="checkbox"/> Wears hearing aids	<input type="checkbox"/> Physical Education Restrictions: Describe (Doctor's note required)/ Limitación para Educación Física : Describa(Se requiere nota del Dr.) _____
<input type="checkbox"/> Other/ Otra to _____		<input type="checkbox"/> Student Takes Medication – List Medications/ Medicinas: _____

Teacher:

Student's Physician/ Doctor del Estudiante: _____ Phone/ Teléfono: _____

In the event of an illness or injury, I hereby authorize school officials to obtain emergency transportation and treatment on the student's behalf. I understand the school does not assume any financial responsibility for medical care or ambulance transportation in case of emergency. A Student Accident Policy is available to all students for a nominal fee. I will promptly notify the school when information on this form changes, including taking medication during the school day. Consent to share health information with school staff as appropriate.

En caso de una enfermedad o lesión, por medio de la presente autorizo a los oficiales escolares para que obtengan transporte de emergencia y tratamiento en mi nombre. Tengo entendido que la escuela no asume ninguna responsabilidad financiera por cuidados médicos o transporte en ambulancia en caso de emergencia. Una Poliza de Accidentes para Estudiantes está disponible para todos los estudiantes por un costo nominal. Yo le avisaré inmediatamente a la escuela cuando la información en este formulario cambie, incluyendo el tener que tomar medicinas durante el día escolar. Consentimiento para compartir información de salud con el personal escolar según sea apropiado.

MY SIGNATURE ACKNOWLEDGES ALL THE ABOVE/ MI FIRMA CONFIRMA TODO LO ANTERIOR

Signature of Parent/Guardian/ Firma de los Padres/Tutores

Date/Fecha