

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

Student Name/: \_\_\_\_\_ DOB/: \_\_\_\_\_ Grade/: \_\_\_\_\_ Sex: M  F   
 Nombre del Alumno(a) Last/APELLIDO First/NOMBRE Fecha de Nacimiento Grado Sexo

Medical Health Alert/ Alerta Médica de Salud	TEACHER/MAESTRO(A)
--	--------------------

**PRIMARY CONTACTS/CONTACTOS PRINCIPALES**

	Mother/Guardian Madre/Tutor	Father/Guardian Padre/Tutor
Name/Nombre (Last,First)/ Apellido y Nombre		
Address (Street,City & Zip/ Domicilio (Calle, Ciudad, Código Postal)		<input type="checkbox"/> (Check if same information as mother/Marque si la información es igual que la madre)
Home Phone No./ # de teléfono de Casa		<input type="checkbox"/>
Employer & Phone #/ Empleador y # de teléfono		
Email/Correo Electrónico		

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

**Secondary Contacts and Authorization for Release of Students  
Contactos Secundarios y Autorización Para Recoger a un Estudiante**

Please list persons **other than the parent/guardian** that the school can contact should your child need medical treatment for illness or injury and that is authorized for release of student. **Please complete all 4 contacts below.** Indique otras personas **además del padre/tutor** que la escuela puede contactar si su hijo necesita tratamiento médico por enfermedad o lesión y que está autorizado(a) para recoger al estudiante. **Apunte los 4 contactos abajo.**

Name/Nombre	Phone #/ # de teléfono	Cell Phone #/ # de celular	Relationship to Student/ Relación con el estudiante
1.			
2.			
3.			

In addition, please list an out-of-state person and phone number in case of a disaster./ Además, por favor apunte 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 un desastre (marquen uno)  Mantengan a mi hijo/a en la escuela O  Que lo recoja cualquiera de las personas indicadas.

**Authorization for Release of Students/ Autorización Para Recoger a un Estudiante:**

In a continuation to keeping our students safe, the school would like to inform you that anyone checking out a student will need to provide a valid identification every time and the student will not be released to anyone 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 must be authorized by the parent or legal guardian in one of the following ways: **En un esfuerzo de mantener a los estudiantes seguros, la escuela quiere informarle que cualquier persona que recoja a un estudiante debe presentar una identificación cada vez que venga a recoger a un estudiante y el estudiante no será entregado a ninguna otra persona que no sea el padre o tutor legal. Para que la escuela entregue a un estudiante a una persona que no sea el padre o tutor legal, esa persona debe ser autorizado por el padre o tutor legal en una de las siguientes maneras:**

- > Print the name(s) of the person(s) who will be authorized to pick up the student/ **Apunte los nombres de las persona(s) autorizadas para recoger al estudiante.**
- > Parent or legal guardian will need to provide written consent to 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/ **El padre o tutor legal debe presentar a la escuela una nota por escrito con el nombre de la persona que va a recoger al estudiante. La persona que recoja al estudiante tendrá que presentar una identificación válida al personal de la escuela al llegar.**

**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 del padre o tutor legal de informar a la escuela cualquier cambio hecho en esta autorización.**

I have read and understand the Secondary Contacts and Authorization for Release of Students/He leído y entiendo la información sobre los Contactos Secundarios y la Autorización Para Recoger al Estudiante.

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

Date/Fecha

Student's Physician/Medico del estudiante:
Last Physical Exam/Ultimo examen fisico
Insurance Company/Compañía de aseguranza:

Siblings/Hermanos	School/Escuela

- Asthma/Asma** Requires medication/inhaler/Requiere medicina/inhalador  Daily/Diario  As needed/Cuando se necesita  With exercise/Con ejercicio  
 Name of medication/Nombre de la medicina \_\_\_\_\_ Given at school?/¿Se administra en la escuela?  Yes/ Sí  No
- Allergic Reactions** To What/¿A qué? \_\_\_\_\_ Hives/rash/ronchas/sarpullido  Yes/ Sí  No  
 (Severe)/Reacción alérgica Breathing Difficulty/¿Dificultad respiratoria?  Yes/Sí  No  
 (Severa) Uses Benadryl/ Usa Benadryl  Yes/Sí  No Has epi-pen/¿Tiene "epipen"?  Yes/ Sí  No
- Diabetes**  Type I /Tipo I  Type II/Tipo II Medications/Medicina:  Oral  Injection/ Inyección  Pump/Bomba  
 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 la medicina \_\_\_\_\_ Physician/Médico \_\_\_\_\_
- 
- Heart Problems/ Problema Cardíaco** Diagnosis/ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Physical Restrictions/Restricciones físicas  Yes/ Sí  No
- Hospitalization/ Hospitalizado** Date/Explain/Fecha/Explique \_\_\_\_\_  
 (ER Visits/Visitas a la sala de emergencia)
- Assistive Devices/ Aparatos de asistencia**  Corrective shoes/braces/ Zapatos ortopédicos/abrazadera  Crutches/Muletas  Wheelchair/scooter/Silla de ruedas/scooter  
 Glasses/Lentes  Hearing Aid/Audífono
- Taking Medication/ Toma Medicina** 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 indique cualquier otra información de salud importante:**

If my child suffers a serious injury or illness, I understand first aid will be rendered in accordance with local school practices. If neither 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 sufre una lesión o enfermedad grave, entiendo que se darán primeros auxilios de acuerdo con las prácticas escolares locales. Si no pueden contactarse conmigo ni mi suplente por teléfono, comuníquese con el médico que aparece en la lista o transporte a mi hijo a cualquier centro médico disponible. Entiendo que en la mayoría de las situaciones, el médico/centro médico no tratará a un niño sin el permiso de los padres. Entiendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad financiera por la atención médica o el transporte.

PREFERRED PHYSICIAN/MEDICO PREFERIDO

PHONE/TELEFONO:

FAMILY MEDICAL INSURANCE CARRIER/  
 COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

POLICY #/  
 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 presenta reclamos a Medi-Cal por exámenes básicos de salud y servicios brindados a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proporcionar servicios de salud adicionales para todos los estudiantes del distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por ningún servicio. Doy mi consentimiento para que facturen a Medi-Cal/compañía de seguro por los servicios de salud proporcionados a mi hijo y para el intercambio de información de facturación con la compañía de facturación del distrito escolar.

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

**Date/Fecha**