



Phoenix Union High School District
 Student Health Services and Exceptional Student Services
EMERGENCY STUDENT HEALTH INFORMATION CARD
TARJETA DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE EMERGENCIA

Student Name: _____ School Year: _____

Student ID Number: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Physician Name: _____ Telephone: _____

Emergency Contact: _____ Relation: _____ Telephone: _____

Emergency Contact: _____ Relation: _____ Telephone: _____

I authorize the school to notify the Emergency Contact Names listed, in the event that I cannot be available by telephone and allow the Emergency Contact to pick-up my child from school. I understand that for emergent situations, school personnel will call 9-1-1 when needed. I authorize school personnel to contact by child's physician to obtain, exchange, or release any medical information needed for my child's care.

I authorize the school nurse or nurse health assistant, if available on campus, to administer first aid measures and the following checked over-the-counter medications (OTC) or generic brands as permitted by the Medical Director's standing orders during school hours to my child, when needed for relief of pain, stomachache, allergies, nausea, vomiting, cough, sore throat, or nasal congestion:

- Tylenol Ibuprofen Tums Benadryl Robitussin Sudafed PE

The school nurse or nurse health assistant are NOT permitted to administer over-the-counter (OTC) medications without written permission from the parent/guardian for each school year. Additional forms required for administration of prescribed medications or medical procedures performed by authorized trained school personnel. The parent/guardian is also responsible for notifying the school anytime there is a change in orders, medications, and/or in the student's medical condition.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Cell Phone: _____ Work: _____ Home: _____

OTC Medications Authorized by Parent/Guardian Documented in Synergy by Staff Initials: _____ Date: _____

PLEASE PROVIDE THE SCHOOL WITH YOUR CHILD'S MEDICAL AND HEALTH INFORMATION

Medication, Food, Bee Stings or Other Allergies: None Known Yes, please list allergies and reaction:

DOES YOUR CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING MEDICAL HEALTH CONDITIONS OR HISTORY?

- | | | | | |
|--|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Heart Condition | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anaphylaxis |
| <input type="checkbox"/> Lung Infections | <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Hepatitis Type _____ | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Shunt | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Behavior Disorder | <input type="checkbox"/> ADHD/ADD | <input type="checkbox"/> Anxiety |
| <input type="checkbox"/> Migraine Headache | <input type="checkbox"/> Diabetes Insipidus | <input type="checkbox"/> Spastic Muscles | <input type="checkbox"/> Paraplegia | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Vision Impaired | <input type="checkbox"/> Hearing Impaired | <input type="checkbox"/> Pregnancy | | |
| <input type="checkbox"/> Other Conditions: _____ | | | | |

DOES YOUR CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING, WHICH MAY REQUIRE NURSING CARE DURING SCHOOL HOURS?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tracheostomy | <input type="checkbox"/> Urinary Catheterization | <input type="checkbox"/> Colostomy | <input type="checkbox"/> Gastric Tube Feeding |
| <input type="checkbox"/> Vagus Nerve Simulator | <input type="checkbox"/> Prescribed Medications | <input type="checkbox"/> Airway Suctioning | <input type="checkbox"/> Special Diet |
| <input type="checkbox"/> Other Procedures: _____ | | | |

Student Currently Taking Medications at Home: No Yes, please indicate which medications and reason:

Phoenix Union High School District
Student Health Services and Exceptional Student Services
EMERGENCY STUDENT HEALTH INFORMATION CARD
TARJETA DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE EMERGENCIA

Nombre del Alumno: _____ Año Escolar : _____

Número de Identificación del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Grado: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Autorizo a la escuela a notificar a los nombres de contacto de emergencia que figuran en la lista, en caso de que no pueda estar disponible por teléfono y permitir que el contacto de emergencia recoja a mi hijo de la escuela. Entiendo que para situaciones de emergencia, el personal de la escuela llamará al 9-1-1 cuando sea necesario. Autorizo al personal de la escuela a contactar al médico del niño para obtener, intercambiar o divulgar cualquier información médica que sea necesaria para el cuidado de mi hijo.

Autorizo a la enfermera de la escuela o la enfermera asistente de salud, si está disponible en el campus, a administrar medidas de primeros auxilios y los siguientes medicamentos de venta sin receta (OTC) o marcas genéricas según lo permiten las órdenes permanentes del Director Médico durante las horas escolares para mi hijo , cuando sea necesario para aliviar el dolor, dolor de estómago, alergias, náuseas, vómitos, tos, dolor de garganta o congestión nasal:

Acetaminofeno Ibuprofeno Antiácido Difenhidramina Robitussin Sudafed PE

La enfermera de la escuela o la enfermera asistente de salud NO están autorizadas a administrar medicamentos de venta libre (OTC) sin el permiso por escrito del padre / tutor para cada año escolar. Se requieren formularios adicionales para la administración de medicamentos recetados o procedimientos médicos realizados por personal escolar capacitado autorizado. El padre / tutor también es responsable de notificar a la escuela en cualquier momento que haya un cambio en las órdenes, medicamentos y / o en la condición médica del estudiante.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Teléfono Móvil: _____ **Trabajo:** _____ **Casa:** _____

OTC Medications Authorized by Parent/Guardian Documented in Synergy by Staff Initials: _____ Date: _____

PROPORCIONE A LA ESCUELA LA INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD DE SU HIJO

Medicamentos, Alimentos. Abejas o Otras Alergias: No se conoce ningún Sí, enumerar alergias y reacción:

SU HIJO TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES O HISTORIA DE SALUD MÉDICA?

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Anafilaxia
<input type="checkbox"/> Infección Pulmonares	<input type="checkbox"/> Hepática/Hígado	<input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo_____	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Derivación Cerebral	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Trastorno de Conducta	<input type="checkbox"/> ADHD/ADD	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Migranas	<input type="checkbox"/> Diabetes Insípida	<input type="checkbox"/> Músculos Espástico	<input type="checkbox"/> Paraplejía	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Embarazo		
<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Médicas: _____				

SU HIJO TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES QUE PUEDEN REQUERIR CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA?

<input type="checkbox"/> Traqueotomía	<input type="checkbox"/> Cateterización Urinaria	<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Alimentación por Sonda Gástrica
<input type="checkbox"/> Estimulador del Nervio Vago	<input type="checkbox"/> Medicamentos Recetados	<input type="checkbox"/> Aspiración de Aerovía	<input type="checkbox"/> Dieta Especial
<input type="checkbox"/> Otros Procedimientos: _____			

Estudiante que actualmente toma medicamentos en el hogar: No Sí, indique qué medicamentos y la razón:

