

EMERGENCY CARE FORM

HU QRRO

B
MPHW W DO EORH
B B B EDH
SGH W
B BB B B
W E RPMH DOH HDOH

Name _____ Name _____
Circle: Mother / Father / Guardian (Living with student? Yes / No) Circle: Father / Mother / ar ia (i i i e e / o)
or _____ Cell _____ Work # _____ Cell # _____

IN CASE OF AN EMERGENCY, IF NEITHER OF THE ABOVE CAN BE LOCATED, PLEASE NOTIFY:
Name: Relationship Address Day Phone:
2)
3)
4)

do Give m consent or emergenc medical treatment if the listed persons cannot be reached. reali e that the school
do not district cannot ass me responsibility for the payment of medical fees transportation or e penses inc rred.

i nat re of Parent e al ardian Date

Special Health Problems or Concerns

Health Conditions +RUF0H1WVH1SSO\ ,VRKFKOG DIAGNOSED LW
Carries inhaler at school* *Yes* R RUPPXHRLOHVHHEHORZ
\$(5,BBBBBBBBBBBBBB BBBBEBEPIPEN at School: *Yes* R RUPPXHRLOHVHHEHORZ
;HBBBBBBBBBBBBBB ORRGHV1D1KRO Carries Insulin* PHUH1R1FRORQOH
CHBBBBBBBBBBBBBBBBBB DHRIODVWHLKHHBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB
DPLORFWU KQ
BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB
DPLOH1VW KQHDO1NDQH1RYLGHU ROLF\

/LVVQ G1VHGKHDO1UREOHPVBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB
BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB
BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

HUPLVVL1R1PWFDU1QRUN1PHGLFD1R1VFKR1X1H FRPSO1H1G an annual basis and on file in the ealth ffice
prior to dispensation. orms can be obtained in the ealth ffice. alifornia ducation ode Section 9 2 . If you have not
already submitted a permission form for the 2019-2020 school year, please obtain a form immediately and return at your
earliest convenience.

DISTRITO DE CAMPBELL
CARTA DE EMERGENCIA

Grado
9 10 11 12
(Un círculo)

Apellido del estudiante Primer nombre Inicial

Domicilio

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento del estudiante

Ciudad Código Teléfono de su casa Masculino Femenino

Nombre: _____ Nombre: _____
Circulo: Madre / Padre / Tutor (Vive con el estudiante? Sí / No) **Circulo: Padre / Madre / Tutor** (Vive con el estudiante? Sí/No)

Teléfono del trabajo #Celular de la madre Teléfono del trabajo #Celular de la padre

EN CASO DE EMERGENCIA, Y LOS PADRES NO ESTÉN DISPONIBLES, FAVOR DE LLAMAR A LAS SIGUIENTES PERSONAS			
Nombre:	Relación	Domicilio	Teléfono:
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

____ Sí Doy mi permiso para tratamiento médico si las personas indicadas arriba no estén disponibles. Yo comprendo que el
____ No distrito escolar no puede asumir la responsabilidad de los pagos médicos, transportación o de gastos incurridos

Firma de los padres/ tutores _____ Fecha _____

Problemas de salud o preocupaciones

Condición de salud- encierre en un círculo todas las que apliquen
Su estudiante está **DIAGNOSTICADO** con:

ASMA SI NO ***Carga inhalador a la escuela*** ***Si*** No (formulario tiene que estar archivado, lea abajo)
ALERGIAS: _____ ***EPIPEN* en la escuela** ***Si*** No (formulario tiene que estar archivado, lea abajo)
DIABETES: Tipo: _____ Pruebas de sangre en la escuela ***Carga insulina*** Protocolo de emergencia está archivado
ATAQUES: Tipo: _____ Fecha del último ataque _____

Doctor de familia teléfono

Dentista de familia teléfono proveedor de servicios médicos # del seguro

Indica cualquier problema de salud: _____

*Los formularios de permiso para cargar y/para tomar medicamento en la escuela tienen que estar llenados **sobre un base anual** y archivados en la oficina de salud antes de distribuir. Se puede obtener los formularios en la oficina de salud. (Código de educación de California sección 49423) **si no ha enviado un formulario de permiso para el año escolar 2019-2020 por favor obtenga un formulario inmediateamente y devolverlo lo mas pronto posible.**