

CAMPBELL UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
EMERGENCY CARE FORM

Year in School

Student's Name (Last) _____ (First) _____ (Initial) _____

9 10 11 12
(Circle one)

Address Street # _____ Apt. # _____

Birthdate ____/____/____

City _____ Zip _____ Home Phone _____ Male _____ Female _____

Father/Guardian (Living with student? Yes___ No___)

Mother/Guardian (Living with student? Yes___ No___)

Work # _____ Cell # _____ Work # _____ Cell # _____

IN CASE OF AN EMERGENCY, IF NEITHER OF THE ABOVE CAN BE LOCATED, PLEASE NOTIFY:

Name:	Relationship	Address	Day Phone:
1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____

I do Give my consent for emergency medical treatment *if the listed persons cannot be reached*. I realize that the school district cannot assume responsibility for the payment of medical fees, transportation, or expenses incurred.
 I do not

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

Special Health Problems or Concerns

Health Conditions – Circle those that apply. Is your child **DIAGNOSED** with:

ASTHMA: YES NO * **Carries inhaler at school*** *Yes* No (Form must be on file, see below)

ALLERGIES: _____ ***EPIPEN at School**: *Yes* No (Form must be on file, see below)

DIABETES: Type: _____ Blood testing at School ***Carries Insulin*** Emergency Protocol on File

SEIZURES: Type: _____ Date of last seizure: _____

Family Doctor _____ Phone _____

Family Dentist _____ Phone _____ Health Insurance Provider _____ Policy # _____

List any diagnosed health problems: _____

* Permission forms to carry and/or take medication at school must be completed **on an annual basis** and on file in the Health Office prior to dispensation. Forms can be obtained in the Health Office. (California Education Code Section 49423). **If you have not already submitted a permission form for the 2018-2019 school year, please obtain a form immediately and return at your earliest convenience.**

DISTRITO DE CAMPBELL
CARTA DE EMERGENCIA

Grado
9 10 11 12

Apellido del estudiante Primer nombre Inicial

Domicilio Fecha de Nacimiento del estudiante

Ciudad Código Teléfono de su casa Masculino Femenino

Padre/Tutor (Vive con el estudiante? Sí__No__) **Madre/Tutor** (Vive con el estudiante? Sí__No__)

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

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 2018-2019 por favor obtenga un formulario inmediateamente y devolverlo lo mas pronto posible.**