Chula Vista Elementary School District

EMERGENCY AND HEALTH INFORMATION

School:

Legal Last Name of Student | First | Date of Birth | Grade | Teacher

Home Address | Zip Code | Home Telephone

Mother's Name | Mother's Address | Employed By | Work Telephone

Father's Name | Father's Address | Employed By | Work Telephone

EMERGENCY INFORMATION: Provide name, address and telephone number of three adults other than parents who could take the child if he/she becomes ill at school and the parents are not available, preferably someone in the school area with a telephone and car. Your child will not be released to anyone except a parent / guardian or those adults listed below.

1. _____
Name (relationship) | Address | Telephone

2. _____
Name (relationship) | Address | Telephone

3. _____
Name of Person (Childcare Provider) who cares for child after school | Address | Telephone

DISASTER PREPAREDNESS PLAN INFORMATION

In the case of a disaster (earthquake, fire, flood, bomb threat etc.) your child will not be released to anyone except those listed above.

Child's Doctor: _____
Name | Address | Telephone

Medical Insurance Carrier: _____
(HMO – MediCal – Private – None)

HEALTH INFORMATION

Does your child wear glasses or contacts? ☐ **Yes** ☐ **No** If yes, ☐ For close work only ☐ Distance only ☐ Both

Does your child have a hearing loss? ☐ **Yes** ☐ **No** If yes, ☐ For left ear only ☐ Right ear only ☐ Both

Does your child use hearing aids? ☐ **Yes** ☐ **No**

Does your child have a **Life Threatening Allergic Reaction?** ☐ **Yes** ☐ **No**

If yes, to what? Insect (type) _____ Food (type) _____ Other (type) _____

Does this life threatening allergy require an EpiPen (emergency injectable medication) that you will provide? ☐ **Yes** ☐ **No**

Has your child had **Asthma** within the past year?

Current medications: _____

Does your child need an inhaler at school? ☐ **Yes** ☐ **No**

Does your child **currently** have any of the following? (please check appropriate response)

☐ **Yes** ☐ **No** Heart disease

☐ **Yes** ☐ **No** Frequent ear infections

☐ **Yes** ☐ **No** Seizure disorders

☐ **Yes** ☐ **No** Diabetes

☐ **Yes** ☐ **No** Activity limitations? If yes, please describe: _____

☐ **Yes** ☐ **No** Any operations? If yes, please describe: _____

List any medications your child is taking on a regular basis: _____

Do any medications need to be administered at school? ☐ **Yes** ☐ **No** Name of medication: _____

Describe other health information that may affect your child at school _____

_____

PRIVACY AND COMMUNICATION INFORMATION

Preferred language for papers sent home? ☐ **Spanish** ☐ **English**

May the District use your e-mail address to provide you with emergency news and updates? ☐ **Yes** ☐ **No**

May the District give your telephone number to the PTA or Parent Club? ☐ **Yes** ☐ **No**

Does your child have a current 504 Plan or an IEP (Individualized Education Plan)? ☐ **Yes** ☐ **No**

May your child's name or photo be released to the news media or for District publication purposes? ☐ **Yes** ☐ **No**

I HAVE REVIEWED AND UPDATED THE ABOVE EMERGENCY AND HEALTH INFORMATION.

_____ _____ _____
Parent / Guardian Signature | Print Name | Date

PLEASE CALL THE SCHOOL NURSE IF YOUR CHILD HAS A CURRENT HEALTH PROBLEM

Distrito Escolar Primario de Chula Vista

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD

Escuela:

Apellido legal del alumno | Nombre | Fecha de nacimiento | Grado | Maestro

Domicilio | Código postal | Teléfono en el hogar

Nombre de la madre | Domicilio de la madre | Lugar de empleo | Teléfono en el trabajo

Nombre del padre | Domicilio del padre | Lugar de empleo | Teléfono en el trabajo

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: Favor de proporcionar nombre, domicilio y número de teléfono de tres adultos que no sean los padres, quienes puedan recoger al niño si los padres no están disponibles, de preferencia que vivan en la zona, con teléfono y auto. Sólo se entregará el estudiante a los padres o tutores o los adultos anotadas en seguida.

1. _____
Nombre (parentesco) | Domicilio | Teléfono

2. _____
Nombre (parentesco) | Domicilio | Teléfono

3. _____
Nombre (parentesco) | Domicilio | Teléfono

INFORMACIÓN DEL PLAN EN CASO DE DESASTRE

En caso de un desastre (terremoto, incendio, inundación, amenaza de bomba, etc.) sólo se entregará el niño a los anotados arriba.

Doctor del niño: _____
Nombre | Domicilio | Teléfono

Compañía de seguro médico: _____
(*HMO* – *MediCal* – Privada – Ninguna)

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Usa su niño anteojos o lentes de contacto? ☐ **Sí** ☐ **No** Si contestó sí, son para ver sólo de ☐ cerca ☐ lejos ☐ ambos

¿Sufre su niño pérdida del oído? ☐ **Sí** ☐ **No** Si contestó sí, ¿En cuál? Sólo ☐ izq. ☐ der. ☐ ambos

¿Usa aparato auditivo? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Sufre el niño de alergias que lo pongan **en peligro de muerte?** ☐ **Sí** ☐ **No** Si contestó sí:

¿De qué clase? Insectos (tipo) _____ Alimentos (tipo) _____ De otra clase _____

Debido a este peligro, ¿Requiere una ampolleta inyectable del medicamento (EpiPen) que usted proporcionará? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Ha padecido de **asma** su hijo en el último año?

Medicamentos que está tomando: _____

¿Necesita su niño un inhalador en la escuela? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Padece su hijo **actualmente** de alguno de los siguientes males? (favor de marcar √ la respuesta que corresponda)

☐ **Sí** ☐ **No** Enfermedad del corazón

☐ **Sí** ☐ **No** Infecciones del oído frecuentes

☐ **Sí** ☐ **No** Convulsiones

☐ **Sí** ☐ **No** Diabetes

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Tiene limitaciones físicas? Si contestó sí, describa: _____

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Ha tenido alguna operación? Si contestó sí, describa: _____

Anote todos los medicamentos que su hijo toma regularmente: _____

¿Hay algún medicamento que necesite tomar en la escuela? ☐ **Sí** ☐ **No** Nombre del medicamento: _____

Describa cualquier información de salud que pueda afectar a su hijo en la escuela _____

_____

INFORMACIÓN PERSONAL Y LA COMUNICACIÓN

¿En qué idioma prefiere recibir la información de la escuela? ☐ **Español** ☐ **Inglés**

¿Autoriza al Distrito para que envíe a su dirección electrónica información de emergencia y avisos? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Puede dar el Distrito su número de teléfono a la PTA o al club de padres? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Tiene su niño actualmente un Plan 504 o un Plan Individualizado de Educación (IEP)? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Autoriza a que se dé el nombre y la foto de su niño a la prensa o para publicaciones del Distrito? ☐ **Sí** ☐ **No**

HE EXAMINADO Y PUESTO AL DÍA LA INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS Y DE SALUD.

_____ | _____ | _____
Firma del padre o tutor | Nombre con letra de molde | Fecha

FAVOR DE LLAMAR AL ENFERMERO O LA ENFERMERA ESCOLAR SI SU NIÑO TIENE UN PROBLEMA DE SALUD