



2015/16 EMERGENCY CARD AND CONSENT TO PICK UP CARTA DE EMERGENCIA Y CONSENTIMIENTO PARA RECOGER

Student Name/Nombre de Estudiante: _____

Grade / Grado: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Gender / Género: ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino

**Please list emergency contacts who have permission to pick up in order of preference /
Por favor liste contactos de emergencia que tienen su permiso de recoger en orden de preferencia**

Name / Nombre	Relationship to Student / Relación al Estudiante	Phone / Teléfono	Alternate Phone / Otro Teléfono	Address / Domicilio

Student Lives With: ☐ Parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Other (specify and name) _____

Who has legal custody? ☐ Parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Other (specify and name) _____

The school will not honor a request of restrictions unless copies of custodial papers or copies of court orders that support the requests of the parent are on file with the school.

Please list contacts who are NOT permitted to pick up your child due to court orders / Por favor liste contactos que NO están permitidos recoger a su hijo(a) por ordenes de la corte _____

MEDICAL RELEASE FORM/FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA

All medications, including prescriptions and over-the-counter medication (Tylenol, Advil, etc.) must be kept in the front office. The school, by law, cannot provide any type of over-the-counter (OTC) medication to students. If your student needs access to any OTC medication, it will need to be provided in its original bottle with proper identification. Any medications sent to school without proper identification will not be given. Proper identification for prescription medication is medicine in a signed prescription bottle, not expired, and prescribed for the student. An OTC should be labeled clearly with the student's name. This pertains to inhalers as well. Students who need to take any medication during school hours need to indicate this medicine and dosage below. If the dosage and/or medication changes in any way please send a written verification, with a doctor's note, of this change to the office.

Todos los medicamentos, incluyendo recetados y medicamentos sin receta (Tylenol, Advil, etc.) deben ser mantenidos en la oficina escolar. Por ley, la escuela no puede proveer cualquier tipo de medicamento a los estudiantes. Si su estudiante necesita acceso a medicamento sin receta, este deberá ser provisto en su envase original identificado apropiadamente. Cualquier medicamento enviado a la escuela sin identificación apropiada no será dada al estudiante. Identificación apropiada para un medicamento recetado es medicina con un envase con la receta, no expirado, y recetado al estudiante. Medicinas sin receta necesita tener el nombre del estudiante. Esto incluye inhaladores. Estudiantes que necesitan tomar cualquier medicamento durante las horas escolares deberán indicar en la medicina y la dosis abajo. Si la dosis y/o medicamento cambia de algún modo por favor envíenos una verificación escrita, con una nota del doctor, de dicho cambio a la oficina.

Medication / Medicamento

Dosage / Dosis

Frequency / Frecuencia

Please list any allergies or allergic reactions that your student has / Por Favor indique si su estudiante tiene alguna alergia o reacción alérgica

Physician Name/Nombre del Médico: _____ Telephone/Número de Teléfono: _____

Hospital Preference/Preferencia de Hospital: _____

Do we have permission to administer common first aid to your child? ☐ Yes ☐ No

¿Tenemos su permiso para darle primeros auxilios a su hijo(a) ☐ Si ☐ No

I authorize the school nurse or designee to give the medication(s) checked above to my child when needed. In an emergency, I authorize the school to take my child to the above named doctor, hospital, or nearest emergency center for treatment. The staff will try to reach the parent/guardian and/or other persons listed before arranging transportation to an emergency facility.

Yo autorizo a la enfermera de la escuela o a la persona designada para dar el/los medicamento(s) que marque arriba a mi hijo(a) cuando sea necesario. En caso de emergencia, yo autorizo a la escuela para llevar a mi hijo(a) al doctor, hospital escrito arriba o a la sala de emergencia mas cerca para tratamiento médico. El personal tratará de comunicarse con los padres/tutores y/o otras personas en la lista para hacer los arreglos de transportación al plantel de emergencia.

Signature / Firma _____ Date / Fecha _____