

PSUSD EMERGENCY & HEALTH INFORMATION

Accurate Data is vital for your child's safety (Please Print)

Teacher: _____
RM: _____

PUPIL'S INFO	Last Name	First Name	Middle	
Nickname	Date of Birth	Grade	Sex	
Home Address (Number & Street)		City, State, Zip		
Mailing Address (Number & Street)		City, State, Zip		
LEGAL GUARDIAN INFO	Guardian 1 Name	Lives w/Pupil? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Guardian 2 Name	
	Relationship	Release Contact <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Relationship	
	Email		Email	
	Phone 1		Phone 1	
Phone 2		Phone 2		
U.S. Military Status: (Active Duty, Guard, Reserve, or Veteran): <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Currently Deployed: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Military Branch: Status: <input type="checkbox"/> Active Duty; <input type="checkbox"/> Active Guard; <input type="checkbox"/> Inactive Guard; <input type="checkbox"/> Active Reserve; <input type="checkbox"/> Inactive Reserve; <input type="checkbox"/> Veteran; <input type="checkbox"/> Deceased		U.S. Military Status: (Active Duty, Guard, Reserve, or Veteran): <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Currently Deployed: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Military Branch: Status: <input type="checkbox"/> Active Duty; <input type="checkbox"/> Active Guard; <input type="checkbox"/> Inactive Guard; <input type="checkbox"/> Active Reserve; <input type="checkbox"/> Inactive Reserve; <input type="checkbox"/> Veteran; <input type="checkbox"/> Deceased		
NAMES OF ALL/OTHER CHILDREN IN FAMILY (ALL AGES)		RELATIONSHIP	DATE OF BIRTH	
Release agreement and Emergency contact – 4 local and 1 out-of-area– who may be contacted in an emergency when NO PARENT or GUARDIAN can be located. The student will only be released to a parent/guardian or the following: (Be prepared to provide valid identification)				
1)Name	Relationship	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	
2)Name	Relationship	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	
3)Name	Relationship	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	
4)Name	Relationship	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	
5)Name (Out-of-Area)	Relationship	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	

HEALTH RECORD

Please check any & all conditions in this student's medical history. Use the area below to add an explanation/recommendation.

- | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergy - Life Threatening | <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Headache - Migraine | <input type="checkbox"/> Mental Health | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder |
| <input type="checkbox"/> Allergy - Non-Life Threatening | <input type="checkbox"/> Blood Disorder | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Heart Condition | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy | <input type="checkbox"/> Urinary System Disorder |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Disease | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Orthopedic Disorder | <input type="checkbox"/> Other (describe below) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> G-Tube | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Scoliosis | |

Explanation/Recommendation regarding above: _____

Within the last year, has this student been admitted to a hospital overnight? YES NO

Is the student currently taking medications? YES NO; Is the medication required during school hours? YES NO

MEDICATION CANNOT BE DISPENSED AT SCHOOL WITHOUT A FORMAL REQUEST SIGNED BY A DOCTOR AND PARENT. MEDICATION FORMS ARE AVAILABLE IN THE SCHOOL OFFICE.

Does the student have a Doctor: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Does the student have a Dentist: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Dental Problem: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hearing Problem: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Wears hearing aid: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Vision Problem: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Wears glasses/contacts: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---	--	---	--	--	---	---

If my child is or becomes eligible for public benefits (Medi-Cal), I authorize the LEA/District to release student information for the limited purpose of billing Medi-Cal/Medicaid and to access Medi-Cal: health insurance benefits for applicable services: YES NO

(Health or accident insurance is NOT provided by the District)

I UNDERSTAND THAT IN AN EMERGENCY WHEN NO GUARDIAN OR EMERGENCY CONTACT CAN BE LOCATED, THE DISTRICT WILL OBTAIN NEEDED MEDICAL CARE FOR THE STUDENT OR SEND THE STUDENT BY AMBULANCE TO THE NEAREST HOSPITAL AT PARENT/GUARDIAN EXPENSE.

Name of person completing form(print): _____ Relationship: _____

Signature of parent/guardian (certifying information provided is accurate): _____ Date: _____

Please complete ALL sections of this form

Revised 02/02/18 SC

OFFICE USE ONLY
Updated in Synergy by: _____

Time Stamp: _____

Student: _____
First: _____
Teacher: _____
Sort #: _____

PSUSD INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD

Los datos exactos son vitales para la seguridad de su hijo(a) (Utilice letra de Molde)

Teacher: _____
RM: _____

INFORMACIÓN DEL ALUMNO	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Apodo	Fecha de Nacimiento	Grado	Sexo
Domicilio (Numero y Calle)		Ciudad, Estado, Código postal	
Domicilio de correspondencia (Numero y Calle)		Ciudad, Estado, Código postal	
INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL	Tutor 1 Nombre	¿Vive con Alumno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tutor 2 Nombre
	Relación		¿Vive con Alumno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Permiso para recoger <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Permiso para recoger <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Correo Electrónico		Correo Electrónico	
Teléfono 1		Teléfono 1	
Teléfono 2		Teléfono 2	
Estatus Militar de los EE.UU.: (Servicio Activo, Guardia, Reserva o Veterano): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Actualmente Desplegado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rama Militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia Activa; <input type="checkbox"/> Guardia Inactiva; <input type="checkbox"/> Reserva Activa <input type="checkbox"/> Reserva Inactiva; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Fallecido		Estatus Militar de los EE.UU.: (Servicio Activo, Guardia, Reserva o Veterano): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Actualmente Desplegado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rama Militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia Activa; <input type="checkbox"/> Guardia Inactiva; <input type="checkbox"/> Reserva Activa <input type="checkbox"/> Reserva Inactiva; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Fallecido	
NOMBRES DE TODOS / OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES)	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA A LA QUE ASISTE
			¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			¿VIVE EN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Acuerdo de recoger y contacto de Emergencia – 4 locales y 1 fuera del área – quien pueda ser contactado en una emergencia cuando UN PADRE o TUTOR no pueda ser localizado. El alumno solo será dejado salir con un padre/tutor o los siguientes: (Este preparado para proveer identificación válida)			
1)Nombre	Relación	Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
2)Nombre	Relación	Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
3)Nombre	Relación	Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
4)Nombre	Relación	Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
5)Nombre (Fuera del Área)	Relación	Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo

INFORME DE SALUD

Por Favor marque toda condición aplicable al historial médico del alumno. Utilice el área de abajo para añadir alguna explicación o recomendación.

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia – Amenaza la Vida | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza - Migraña | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Desorden de Ataques |
| <input type="checkbox"/> Alergia – No Amenaza la Vida | <input type="checkbox"/> Desordenes de Sangre | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Problema del Sistema Urinario |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Sopro del Corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno Ortopédico | <input type="checkbox"/> Otro (describa abajo) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Tubo-G | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |

Explicación/Recomendación respeto a lo de arriba: _____

Dentro del último año, ¿Este estudiante ha sido admitido durante la noche en un hospital? SI NO

¿Está el estudiante tomando actualmente medicamentos? SI NO ¿Requiere medicamento durante el horario escolar? SI NO

NO ES PERMITIDO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA SIN UNA SOLICITUD FORMAL FIRMADA POR UN DOCTOR Y UN PADRE. LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS ESTAN DISPONIBLES EN LA OFICINA ESCOLAR.

El estudiante tiene Doctor: SI NO El estudiante tiene Dentista: SI NO Problema Dental: SI NO Problema Auditivo: SI NO Usa aparato auditivo: SI NO Problema de Visión: SI NO Usa lentes o lentes de contactos: SI NO

Si mi hijo (a) es o llega a ser elegible para beneficios públicos (Medi-Cal), Yo autorizo al Distrito LEA a divulgar información del estudiante con el propósito limitado de facturación de Medi-Cal / Medicaid y acceso a Medi-Cal: los beneficios del seguro de salud para servicios aplicables SI NO

(El Distrito NO provee seguro de salud o accidente)

YO ENTiendo QUE EN CASO DE UNA EMERGENCIA **CUANDO NO SE PUEDA LOCALIZAR A NINGUN TUTOR O CONTACTO DE EMERGENCIA**, EL DISTRITO OBTENDRA EL CUIDADO MEDICO NECESARIO PARA EL ESTUDIANTE O ENVIARA AL ESTUDIANTE POR AMBULANCI AL HOSPITAL MAS CERCANO AL COSTO DE LOS PADRES / TUTORES.

Nombre de la persona que completo la solicitud (letra de molde): _____ Parentesco: _____

Firma del padre/tutor (que certifique que la información proporcionada es exacta): _____ Fecha: _____

Favor de completar **TODAS** secciones de este formulario

Revised 02/02/18 SC

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Updated in Synergy by: _____

Time Stamp: _____

Student: _____
Teacher: _____
Sort #: _____