



ALDINE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

2520 W.W. Thorne Blvd ♦ Houston, Texas 77073 ♦ 281.449.1011

EMERGENCY AND ILLNESS NOTIFICATION

Student's Name _____ Grade _____ Birthdate _____ / _____ / _____
Last First MI

Parent/Guardian _____ Relation _____

_____ Relation _____

Home Address _____ Zip _____ Home Phone _____

Father's Work Phone _____ Mother's Work Phone _____

List 2 people to be called if parents are unable to be reached

Name _____ Relation _____ Phone _____

Name _____ Relation _____ Phone _____

If any of the above information changes, I am aware that I must notify the school nurse immediately.

OTHER CHILDREN LIVING HOME

Name _____ Relation _____ Age _____ School _____

Name _____ Relation _____ Age _____ School _____

Name _____ Relation _____ Age _____ School _____

IMPORTANT MEDICAL INFORMATION

List any medical problems your child has had which medical personnel need to be aware of in an emergency: (example – diabetes, asthma, seizures, heart problems, pregnancy, previous surgery, SEVERE FOOD ALLERGY) _____

Medication your child takes daily (either at home or school) _____

List medicine allergies _____

List SEVERE FOOD ALLERGIES _____

Any severe allergies to insect bites _Yes No if yes, what treatment was given _____

Family physician and phone number _____

Name

Phone Number

What type of medical insurance do you have for this child?

____CHIP ____Medicaid ____Harris County Hospital District Gold Card ____Private insurance ____None

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT FORM

In the event of a medical emergency at school, the school will first try to contact the child's parents. If the parent cannot be reached, and the child needs immediate medical treatment, the form below would be given to the hospital or clinic. The purpose of the Emergency Medical Treatment Form is to obtain medical treatment for your child in the event you cannot be contacted.

I hereby authorize the staff member(s) at school to consent to emergency medical treatment for my child named above. I

understand in granting this authorization that:

- My child will be taken to the nearest available hospital or clinic so that emergency medical treatment can be obtained.
- School staff members will attempt to contact me before consenting to emergency medical treatment for my child.

Signature of Parent/Guardian

Home/Work Phone (include area code)

Date

RETURN TO SCHOOL NURSE

EMERGENCY AND ILLNESS NOTIFICATION

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
Apellido 1º Nombre 2º Nombre Mes Día Año

Padre/Guardián _____ Parentesco _____

_____ Parentesco _____

Dirección Hogar _____ Apt # _____ Zip _____ Teléfono Casa _____

Teléfono del Trabajo del Padre _____ Teléfono del Trabajo de la Madre _____

Liste 2 dos personas que puedan ser llamadas en caso de que los padres no puedan ser contactados

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Si cualquier parte de la información arriba cambia, sé que tengo que notificar a la enfermera inmediatamente..

OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN CASA

Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Escuela _____

Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Escuela _____

Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Escuela _____

INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE

Liste cualquier problema médico que su hijo/a haya tenido y que el personal médico necesite saber en caso de una emergencia: (ejemplo –diabetes, asma, convulsiones, problemas del corazón, embarazo, cirugías previas, **ALERGIAS SEVERAS A ALIMENTOS**)

Medicamentos que su hijo/a toma a diario (ya sea en la casa o en la escuela) _____

Liste alergias a medicamentos _____

Liste **ALERGIAS SEVERAS A ALIMENTOS** _____

¿Alguna alergia severa a mordeduras de insectos? ☐ Sí ☐ No Si, sí, ¿que tratamiento se le ha dado? _____

Doctor de la familia y teléfono _____

Name

Teléfono

¿Qué tipo de seguro tiene usted para este niño/a?

____CHIP ____Medicaid ____Harris County Hospital District Gold Card ____Seguro Privado ____Ninguno

FORMULARIO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia médica en la escuela, la escuela tratará de comunicarse primero con los padres del niño/a. Si los padres no pueden ser localizados y el niño/a necesita tratamiento médico inmediato, el formulario abajo será entregado al hospital o clínica. El propósito del formulario para tratamiento médico de emergencia es el de obtener tratamiento médico para su hijo/a en caso de que usted no pueda ser contactado.

Por el presente formulario autorizo al personal de la escuela a dar consentimiento para tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a nombrado/a arriba. Entiendo que al conceder esta autorización:

- ☐ Mi hijo/a será llevado al hospital o clínica más cercano y disponible para obtener el tratamiento de emergencia médica.
- ☐ El personal escolar intentará comunicarse conmigo antes de dar consentimiento para el tratamiento de emergencia para mi hijo/a

Firma del Padre o Guardián

Teléfonos de la Casa y/o Trabajo (Incluya el área)

Fecha

REGRÉSELO A LA ENFERMERA ESCOLAR