

EMERGENCY HEALTH RECORD (Record de salud de Emergencia)

ORIGINAL TO BE KEPT BY THE SCHOOL NURSE AND MUST ACCOMPANY STUDENT TO EMERGENCY TREATMENT

Student Name (*Nombre del estudiante*): _____

First Name

Middle Initial

Last Name

Address (*Dirección*): _____

Apartment #

City (*Ciudad*): _____ State(*Estado*): _____ Zip: _____

Parent/Guardian (*Padre/Tutor*): _____

Cell (*Cellular*): _____ Home (*De la casa*): _____ Work (*Trabajo*): _____

PHYSICIAN'S INFORMATION:

Physician (*Médico*): _____ Telephone (Teléfono): _____

Address (*Dirección*): _____

Insurance Name (*Seguro Médico*): _____

Insurance Number (*Número de seguro*): _____

Medicaid Number (*Número de Medicaid*): _____

Please note most significant Medical History (*Por favor describa el historial medico más significativa*):

List allergies (Food/medication/latex/environment):

Lista de alergias (alimentos / medicamentos / látex / medio ambiente:

| Allergy Name (Nombre de la alergia) | How is your child being treated for this allergy? (¿Como está siendo su hijo/a tratado para esta alergia?) |
|-------------------------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

I give consent to administer any treatments listed above (*Doi consentimiento para administrar cualquier tratamiento mencionado anteriormente*):

Parent/Guardian Signature (*Firma del padre/tutor*)

Date (*Fecha*)