

Juniata County School District Elementary Schools
STUDENT EMERGENCY AND HEALTH INFORMATION

To Be Completed by PARENTS (Please Print)

Grade _____

Student Name _____ Birth Date _____ Home Phone _____

 Last First Middle

Mailing Address _____
 Number Street/Road Town State Zip Code

Student lives with: Both Parents Mother Father Other: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION (Please specify preferred order of notification.)

_____ Father/Guardian Name _____ Cell # _____

Place of Employment _____ Shift _____ Work # _____

_____ Mother/Guardian Name _____ Cell # _____

Place of Employment _____ Shift _____ Work # _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

_____ Name _____ Relationship _____ Home Phone # _____ Cell # _____

_____ Name _____ Relationship _____ Home Phone # _____ Cell # _____

Family Physician _____ Phone _____

I GIVE PERMISSION FOR THE NURSE TO ADMINISTER:

Tylenol: Yes No Children's Tylenol: Yes No Cough Drops: Yes No

(Please complete/sign back of card.)

RELEVANT HEALTH INFORMATION

Does your child have Medical Assistance? Yes No Name of Carrier: _____

Does your child have medical insurance? Yes No Name of Carrier: _____

Does your child have dental insurance? Yes No Name of Carrier: _____

LIST ANY SIGNIFICANT HEALTH CONDITIONS and/or MEDICATIONS YOUR CHILD TAKES DAILY

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ALLERGIES: _____

IMMUNIZATIONS/DATES RECEIVED IN PAST YEAR: _____

Provide directions to your home: _____

I give permission for health information to be shared with school personnel and will notify the nurse of any changes in health status.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Escuelas Primarias del Distrito Escolar del Condado de Juniata
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD ESTUDIANTIL

De ser relleno por los PADRES (En letra de molde por favor)

Grado _____

Nombre del Alumno/a _____ Fecha de Nacimiento _____ Tel. Casa _____

Dirección de Correo _____
Apellido Nombre 2º Nombre
Número Calle Pueblo Estado Código Postal

El alumno/a vive con: Ambos padres Madre Padre Otra: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA (Favor de especificar el orden preferido de notificación.)

_____ Nombre del Padre/Tutor _____ # Celular _____

Lugar de Empleo _____ Turno _____ # Trabajo _____

_____ Nombre de la Madre/Tutora _____ # Celular _____

Lugar de Empleo _____ Turno _____ # Trabajo _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

_____ Nombre _____ Relación _____ # Casa _____ # Celular _____

_____ Nombre _____ Relación _____ # Casa _____ # Celular _____

Médico de la Familia _____ Teléfono _____

YO DOY MI PERMISO PARA QUE LA ENFERMERA SE LE ADMINISTRE A MI HIJO/A:

Tylenol: Sí No Children's Tylenol: Sí No Tableta contra la tos: Sí No

(Favor de relleno/firmar la parte atrás de esta tarjeta.)

INFORMACIÓN DE SALUD RELEVANTE

¿Tiene su hijo/a la Asistencia Médica? Sí No Nombre de la Compañía: _____

¿Tiene su hijo/a el seguro médico? Sí No Nombre de la Compañía: _____

¿Tiene su hijo/a el seguro dental? Sí No Nombre de la Compañía: _____

ANOTAR CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA SIGNIFICANTE y/o MEDICAMENTOS QUE SU HIJO/A TOMA DIARIAMENTE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ALERGIAS: _____

INMUNIZACIONES RECIBIDAS DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO (Y LAS FECHAS): _____

Proporcione direcciones para llegar a su hogar: _____

Yo doy permiso para se comparta la información de salud con el personal de la escuela y notificaré a la enfermera con cualquier cambio en el estatus de salud.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____