

**Juniata County School District Secondary 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 Advil:  Yes  No Benadryl: Yes  No  Cough Drops: Yes  No  Tums: 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 Secundarias del Distrito Escolar del Condado de Juniata**  
**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD ESTUDIANTIL**

Será Llenado por los PADRES (En letra de molde por favor)

Grado \_\_\_\_\_

Nom del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_

Dirección de Correo \_\_\_\_\_  
Apellido      Nombre      2do Nombre  
Número      Calle      Pueblo      Estado      Código Postal

El estudiante vive con:  Ambos padres  La Madre  El Padre  Otro: \_\_\_\_\_

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

# \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ # Cel \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ # Trabajo \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre/Tutor \_\_\_\_\_ # Cel \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ # Trabajo \_\_\_\_\_

**OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA**

# \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ # Casa \_\_\_\_\_ # Cel \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ # Casa \_\_\_\_\_ # Cel \_\_\_\_\_

Médico de la Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**YO DOY MI PERMISO PARA QUE LA ENFERMERA ADMINISTRE:**

Tylenol:  Sí  No Advil:  Sí  No Benadryl: Sí  No  Gotas para la tos: Sí  No  Tums: Sí  No

*(Favor de completar/firmar la parte de 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 \_\_\_\_\_