

New Address or Phone

Dixon Unified School District

Date _____

STUDENT EMERGENCY / MEDICAL INFORMATION CARD

Name: Last		First		Middle		Perm ID#	
Grade:	Home Room/Room:		Birthdate:		Age:	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Home Address: Number		Street		Apt./Unit	City		Zip Code
Home Phone:			Language Spoken at Home:				

Parent/Guardian/Caregiver Name		Parent/Guardian/Caregiver Name	
Email		Email	
Home Phone	Work Phone	Home Phone	Work Phone
Cell Phone	Employer	Cell Phone	Employer
CHILD LIVES WITH: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Caregiver/Guardian <input type="checkbox"/> Other (specify) _____			

EMERGENCY CONTACTS (Not a Parent): In case child listed above becomes ill or is injured at school and a parent cannot be contacted, the school authorities have my permission to contact and release my child to the custody of one of the following (ID must be verified before child is released):

Name	Relationship	Home Phone	Cell Phone

To assure prompt attention to your child, PLEASE NOTIFY SCHOOL OF ANY CHANGES OF INFORMATION ON THIS CARD.

My child has health insurance	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Provider	Medical #	Phone

My child receives regular care for the following medical condition(s):

NO MEDICAL CONDITION OR Medical Condition(s) Is/Are: Mild Life Threatening

Asthma Seizures Diabetes Is Insulin Required? Yes No

Allergies/Allergic to: _____ Date of last reaction: _____ Requires Epinephrine: Yes No

Does your child have any other major health issue(s). Please list:	Is your child taking any medication(s)? Please list medication(s) and times taken:	
	Medication:	Times Taken:
	Medication:	Times Taken:
	Medication:	Times Taken:

Other children attending DUSD schools:		
Name	School	Grade

If my child needs to be taken to an emergency facility, he/she will be taken to the nearest one. I give my consent for school authorities to take appropriate action for the safety and welfare of my child.

Parent's/Guardian's Signature

Domicilio o número de teléfono nuevo

Distrito Unificado Dixon

Fecha _____

TARJETA ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN MÉDICO Y DE EMERGENCIA

Nombre: Apellido		Nombre legal		Segundo Nombre		Alumno #	
Grado:	Número de salón:		Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio: Número		Calle		Apt./Unidad	Ciudad		Código Postal
Número de Teléfono			Idioma que usan en casa:				

Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar		Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar	
Correo Electrónico		Correo Electrónico	
Número de teléfono	Número del trabajo	Número de teléfono	Número del trabajo
Número del celular	Empleador	Número del celular	Empleador
ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Padre de crianza/guardián <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____			

Persona de comunicar en caso de emergencia (No uno de los padres): En caso que el estudiante nombrado arriba se enferma o es lastimado en la escuela y no se han podido comunicar conmigo, la escuela tiene mi autorización de permitir que mi hijo/a sea entregado a la custodia de una de las siguientes personas (identificación tendrá que ser verificada para que el estudiante pueda irse con el nombrado):

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de celular

Para asegurar que su estudiante reciba atención inmediata, POR FAVOR AVISE A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO DE INFORMACION EN ESTA TARJETA.

Mi hijo/a tiene seguro medico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Proveedor:	# de tarjeta medica:	Número de teléfono:

MI hijo/a recibe el cuidado regular para la siguiente condición(es):

NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA **O** Condición médica es/son: poco severo muy grave

Asma Ataques Diabetes ¿Insulina es requerida? Sí No

Alergias/Alérgico a: _____ Fecha de última reacción _____ Requiere "Epinephrine": Sí No

Tiene su hijo/a otra condición(es) mayor. Por favor indique:		¿Su hijo/a toma medicamentos?	
		Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
		Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
		Nombre de Medicamento:	Hora de administración:

Otros niños asistiendo escuelas en el distrito de Dixon:

Nombre	Escuela	Grado

Si mi hijo/a necesita ser transportado a un sitio médico, él/ella será transportado al sitio más cercano. Yo doy mi consentimiento para que tomen las medidas/acciones apropiadas para el bien estar y seguridad de mi hijo/a.

Firma de Padre/Guardián