



**Emergency Clinic Card**

Student Name: \_\_\_\_\_ Student ID: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Mother's Name:	Cell Phone Number: _____ Address: _____	Email: _____
Father's Name:	Cell Phone Number: _____ Address: _____	Email: _____

**Emergency Information** (one person per line)

Contact Name	Primary Phone	Cell Phone	Work Phone	Contact's Email

Enrolled Sibling Name	Grade	SBISD School

**Health Information:**

Please check any health condition(s) and advise the school nurse of any special needs or health monitoring requirements your child may have. **IMPORTANT:** In order to provide for the safety of the student the school nurse is authorized to advise school personnel with the need to know about the condition(s) listed below:

<input type="checkbox"/> Wears glasses/contact lenses	<input type="checkbox"/> Wears hearing aid	<input type="checkbox"/> Epi Pen
---	--	----------------------------------

<input type="checkbox"/> Asthma	Medication taken at home:	Medication taken at school:
<input type="checkbox"/> Diabetes	Medication taken at home:	Medication taken at school:
<input type="checkbox"/> Food Allergy	If yes, describe:	Describe reaction to food:
<input type="checkbox"/> Other Allergy	If yes, describe:	Describe reaction:

*\*\*Texas Law requires student health information to be requested at the time of student's enrollment in public school.*

- Heart Condition   
  Urinary Disorder   
  Seizure Disorder   
  Blood Disorder   
  Neurological Disorder   
  Orthopedic Disorder   
  Visual Disorder  
 Hearing Disorder   
  Skin Disorder   
  Other

If other, please explain: \_\_\_\_\_

Medications taken on a regular basis: \_\_\_\_\_

Guardian Printed Name:	Signature:	Date:
------------------------	------------	-------



**Tarjeta de Emergencia**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ ID del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre:	Número del cell: _____ Domicilio: _____	Correo Electronico:
Nombre del padre:	Número del cell: _____ Domicilio: _____	Correo Electronico:

**Información de Emergencia** (una persona en cada linea)

Nombre de Contacto	Teléfono Primario	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	Correo Electronico

Nombre de los hermanos en la escuela	Grado	Escuela en SBISD

**Información de Salud:**

Por favor marque la condición de salud y aconseje la enfermera de la escuela de cualquiera necesidad o supervision de salud especial requerida.  
**IMPORTANTE:** Para prever la seguridad del estudiante la escuela se autoriza a aconsejar a personal de la escuela con la necesidad de saber sobre las condiciones de la salud abajo:

<input type="checkbox"/> Usa Gafas/lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Usa audífonos	<input type="checkbox"/> Epi Pen
---	--	----------------------------------

<input type="checkbox"/> Asma	Medicina tomada en casa:	Medicina tomada en la escuela:
<input type="checkbox"/> Diabetes	Medicina tomada en casa:	Medicina tomada en la escuela:
<input type="checkbox"/> Alergia a alimentos	Si sí, describa:	Tipo de reacción alérgica a los alimentos:
<input type="checkbox"/> Otras Alergias	Si sí, describa:	Describe la Reacción:

\*\*La ley de Texas requiere que la informacion de salud del estudiante se solicite en el momento de la inscripción del estudiante en la escuela pública.

- Condición del Corazón   
  Desorden Urinario   
  Ataque de Apoplejia   
  Desorden de la Sangre   
  Desorden Neurológico   
  Desorden Ortopédico  
 Desorden Visual   
  Desorden Auditivo   
  Desorden de la Piel   
  Otro

Si otros, por favor de explicar: \_\_\_\_\_

Medicamentos que se toman regularmente: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardian en letra en molde:	Firma:	Fecha:
---	--------	--------