

**STUDENT EMERGENCY RECORD
SOUTH TEXAS I.S.D.**

Grade/grado: _____ ID#: _____

School Year: _____

DOB/fecha de nacimiento: _____

Entry Date: _____

Last Name of Student /Apellido del Estudiante First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo Nombre

Address /Dirección City/Ciudad Zip Code/Código postal

Home Phone/ Teléfono Emergency Phone/ # de Emergencia Name/ Nombre Relationship/ Relación

Name of Father/ Nombre de Padre Occupation/ Ocupación Business Phone/ # de trabajo Cell Phone/ # Cellular

Name of Mother/ Nombre de Madre Occupation/ Ocupación Business Phone/ # de trabajo Cell Phone/ # Cellular

Family Physician / Medico Familiar

Choice of Hospital/Elección de Hospital

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION/ Autorización médica de emergencia

I hereby authorize District employees to administer prescription, as well as nonprescription medication, when PROVIDED by me under the following provisions. *Por la presente autorizo a los empleados del Distrito administrar medicamentos recetados y sin receta, cuando proporcionada por mí en las siguientes disposiciones:*

1. The District has received a written request to administer the medication from the parent, legal guardian or other person having legal control of the student.

El distrito ha recibido una solicitud por escrito para administrar el medicamento por los padres, tutor legal u otra persona que tenga control legal del estudiante

2. When administering the medication, the medication must be in the original container and be properly labeled.

Cuando se administra el medicamento, el medicamento debe estar en su envase original y estar debidamente etiquetados.

3. Medication obtained outside of the United States shall not be administered by district employees to students unless written authorization is on file from a physician licensed to practice in the United States.

El medicamento obtenido fuera de los Estados Unidos no será administrado por empleados del distrito a los estudiantes, sin la autorización por escrito está en el archivo de un médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.

I give authorization for the school to call the family physician and to follow the recommendations of the physician. I give authorization for an ambulance to be called, if necessary. I give authorization for another doctor to treat my child in case the family physician is not available. I give authorization for my child to be given the necessary medical attention in case the school cannot communicate with me. **I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation of my child.**

*Doy autorización a la escuela para llamar al médico de familia y seguir las recomendaciones del médico. Doy autorización para que una ambulancia se llamada, si es necesario. Doy autorización para que otro médico de el tratamiento de mi hijo(a) en caso de que el médico de cabecera no está disponible. Doy autorización para que mi hijo(a) sea dado la atención médica necesaria en caso de que la escuela no puede comunicarse conmigo. **No haré al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de mi hijo.***

Parent/Guardian Signature (Firma)

Date/Fecha

List any medication your child is taking: Anotar medicamento que toma su niño/niña:

At home / en la casa _____

At school / en la escuela _____

All medication should be brought to the clinic on arrival to school. Medication should be brought to the clinic by the parent. Parents will complete proper forms when medication is dropped off. Todo el medicamento debera ser traído a la enfermería al momento que lleguen a la escuela. Los padres deberán de llenar las formas apropiadas cuando dejen los medicamentos en el área designada.

Please Turn Over/Voltearse

