



**Emergency Clinic Card**

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

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

Parent/Guardian 1 Name:	Cell Phone Number: _____ Address: _____	Email: _____
Parent/Guardian 2 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:**

Texas Law requires student health information to be requested at the time of the student's enrollment in public school. **Please check any health condition(s) and advise the school nurse of any special needs or health monitoring requirements. 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:

Asthma:	Medication taken at home:	Medication taken at school:
Diabetes:	Medication taken at home:	Medication taken at school:
Food Allergy:	If yes, then describe:	Nature of the allergic reaction to food:
Other Allergies:	If yes, then describe:	Reaction:
Epi Pen:	Instructions:	

Heart Condition:	If yes, then describe:	Medications:
Seizure Condition:	If yes, then describe:	Medications:
Visual Disorder:	If yes, then describe:	Medications:
Hearing Disorder:	If yes, then describe:	Medications:
Other Health Condition:	If yes, then describe:	Medications:

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

<b>Guardian Printed Name:</b> _____	<b>Digital Signature Acknowledgement:</b> _____	<b>Date:</b> _____
-------------------------------------	---	--------------------



**Tarjeta de Emergencia**

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre:	Teléfono Celular: _____ Domicilio: _____	Correo Electrónico:
Nombre del Padre:	Teléfono Celular: _____ Domicilio: _____	Correo Electrónico:

**Información de Contacto** *(Una persona por renglon.)*

Nombre del Contacto	# de Teléfono	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico

Nombre de Hermano(a) Inscrito(a)	Grado	Escuela de SBISD

**Información de Salud:**

La ley de Texas requiere que la información de salud del estudiante se solicite en el momento de la inscripción del estudiante en la escuela pública. Por favor marque cualquier condición de salud y informe a la enfermera de la escuela de cualquiera necesidad o supervisión 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"/> Asma	Medicamento tomada en casa:	Medicamento tomada en la escuela:
<input type="checkbox"/> Diabetes	Medicamento tomada en casa:	Medicamento tomada en la escuela:
<input type="checkbox"/> Tiene alergia a algún alimento	Si sí, por favor descríbala:	Tipo de reacción alérgica a los alimentos:
<input type="checkbox"/> Otras Alergias	Si sí, por favor descríbala:	Reacción:
<input type="checkbox"/> Epi Pen	Instrucciones:	

<input type="checkbox"/> Condició del Corazón:	Si sí, por favor descríbala:	Medicamento:
<input type="checkbox"/> Ataque de Apoplejia:	Si sí, por favor descríbala:	Medicamento:
<input type="checkbox"/> Desorden Visual:	Si sí, por favor descríbala:	Medicamento:
<input type="checkbox"/> Desorden Auditivo:	Si sí, por favor descríbala:	Medicamento:
<input type="checkbox"/> Otra Condición Medica:	Si sí, por favor descríbala:	Medicamento:

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

Firma del Padre o Guardián legal:	Reconociamiento de Firma Digital:	Fecha:
-----------------------------------	-----------------------------------	--------