

# YUHSD #70 EMERGENCY MEDICAL REFERRAL CARD

ID: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_

Student's Last Name	First	Address	City	Home Phone
---------------------	-------	---------	------	------------

Father/Guardian Name	Company Name	Business Phone
----------------------	--------------	----------------

Mother/Guardian Name	Company Name	Business Phone
----------------------	--------------	----------------

IN CASE OF EMERGENCY: Names of persons who could assume temporary responsibility.

Local friend or relative \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Local friend or relative \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Local Doctor \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

1. Specify health problems/allergies \_\_\_\_\_
2. Is your child on daily medication? Yes  No  Specify \_\_\_\_\_
3. Recent surgery, accident or illness (past year) \_\_\_\_\_

I, the undersigned parent/guardian, hereby give my consent for the above named child to be released to the friend/relative I have designated and/or to be taken to the nearest hospital in case of emergency.

Yes/No (circle one) Permission to give Tylenol @ Nurse's discretion.

Yes/No (circle one) Permission to give Ibuprofen @ Nurse's discretion.

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## TREATMENT IN THE EMERGENCY ROOM WILL REQUIRE YOUR PRESENCE

Rev. 4/2013

Cat #10055

# TARJETA DE REFERENCIA PARA EMERGENCIA MEDICA

I.D.: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido de Estudiante	Nombre	Domicilio	Ciudad	Teléfono
------------------------	--------	-----------	--------	----------

Padre/Tutor	Nombre de Compañía	Teléfono de Compañía
-------------	--------------------	----------------------

Madre/Tutor	Nombre de Compañía	Teléfono de Compañía
-------------	--------------------	----------------------

EN CASO DE EMERGENCIA: Nombres de personas que puedan asumir responsabilidad temporaria.

Amigo o pariente local \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Amigo o pariente local \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Doctor local \_\_\_\_\_

1. Especifique problemas de salud/alérgias \_\_\_\_\_
2. Está su hijo/a tomando medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_
3. Operación reciente, accidente o enfermedad (último año) \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmado padre/tutor, por este medio doy mi consentimiento para que el estudiante ya mencionado sea puesto en las manos del amigo/pariente que yo he designado y/o que sea llevado al hospital mas cercano en caso de emergencia.

Si/No (circular uno) Permiso de dar Tylenol a la discreción de Enfermera.

Si/No (circular uno) Permiso de dar Ibuprofen a la discreción de Enfermera.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PARA TRATAMIENTO EN EL CUARTO DE EMERGENCIA SE REQUIRIRA SU PRESENCIA

Rev. 4/2013

CAT # 10055

POS® Reorder # 0920330