

Operational Services

Exhibit - Emergency Medical Information for Students Having Special Needs or Medical Conditions Who Ride School Buses

The purpose of this form (*see next page*) is to give school bus drivers and/or emergency medical technicians information about students who have special needs or medical conditions. One copy of this form is kept in the nurse's office, and another copy is kept on the student's school bus in a secure location for bus drivers and emergency medical technicians. If the emergency care of the student requires medication, the parent/guardian must file a *School Medical Authorization Form* with the school nurse.

ADPOTED: May 2019

REVIEWED: May 23, 2020

REVISED:

EMERGENCY MEDICAL INFORMATION FOR BUS DRIVERS

PLACE
CHILD'S
CURRENT
PICTURE
HERE

STUDENT NAME (and nickname): _____

PARENT/GUARDIAN: _____

Date: _____

TYPE OF SEAT: (mark one)

- Car Seat Seat Belt Child Safety Vest (harness)
- Wheelchair Booster Chair

Lifting/Handling Precautions (if any): _____

LANGUAGE/HEARING/VISION:

Primary Language _____

- Communicates/Understands Spoken Word
- Non-Verbal But Understands Spoken Word
- Hearing Impaired and/or Uses Sign Language
- Vision Impaired/Blind
- Non-Verbal, Uses Pictures
- Non-Verbal, Uses Gestures
- Watch Child's Expressions

BEHAVIORS CHILD MAY EXHIBIT: (Behaviors the driver might encounter and need to respond to, such as kicking, crying, head banging, etc.)

SUGGESTED RESPONSE TO BEHAVIORS: (What the driver can do to reduce the behavior, such as ignore, speak in calm manner, etc.)

THE FOLLOWING THINGS WHICH MAY OCCUR DURING TRANSPORTATION MAY FRIGHTEN OR UPSET MY CHILD:

DRIVER SHOULD TRY TO REASSURE/CALM THE STUDENT BY: (These could include singing, whispering, changing seat assignment, etc.)

DAILY CHILD CARE ARRANGEMENTS: (Name and Address of caretaker(s), please identify days, times and locations)

If your student is age 12 or older, can the student be dropped off at home without a parent being present? YES NO

PLEASE PROVIDE ANY OTHER EMERGENCY INFORMATION BELOW:

NAME/PHONE OF DOCTOR: (Who has further information about this condition): _____

(over)

INFORMACION DE EMERGENCIA MÉDICA PARA CONDUCTOR DE AUTOBUS

NOMBRE DE ESTUDIANTE (y apodo) _____

PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

COLOQUE UNA
FOTO ACTUAL DEL
NIÑO(A)
AQUI

TIPO DE ASIENTO: (marque uno)

Asiento de Carro

Cinturón de Seguridad

chaleco de Seguridad (arnés)

Silla de Ruedas

Silla Booster

Precauciones de Levantar/Manejo (si hay): _____

LENGUAJE/ESCUCHAR/VISION:

Lenguaje Primario _____

Impedimento de Vista/Ciego

Se Comunica/Entiende Palabras Habladas

No Es Verbal, Utiliza Fotos

No Es Verbal Pero Entiende Palabras Habladas

No Es Verbal, Usa Gestos

Impedimento De Oído Y/O Usa El lenguaje De Signos

Cuide Las Expresiones Del Niño(a)

COMPORTAMIENTO QUE PUEDE DEMOSTRAR EL NIÑO(A): (Comportamientos que se le puedan presentar al conductor y necesita responder como: patadas, llorar, golpearse la cabeza, etc.)

RESPUESTA SUGERIDA A LOS COMPORTAMIENTOS: (Que puede hacer el conductor para reducir el comportamiento como: ignorarlo, hablar en una manera calmada, etc.)

LAS SIGUIENTES COSAS PUEDEN OCURRIR DURANTE LA TRANSPORTACION QUE PUEDA ASUSTAR O MOLESTARLE A MI NIÑO(A):

LOS CONDUCTORES DEBEN TRATAR DE ASEGURAR/CALMAR AL ESTUDIANTE DE LA SIGUIENTE MANERA: (Esto puede incluir cantar, hablar bajo, cambiar el asiento asignado, etc.)

ARREGLOS PARA EL CUIDADO INFANTIL: (Nombre y dirección de la proveedora(s), favor de indicar días, horarios y ubicaciones)

¿Si su estudiante tiene 12 años o más, puede el estudiante ser dejado en casa sin que esté presente un padre? SI NO

FAVOR DE DESCRIBIR ALGUNA OTRA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA ABAJO:

NOMBRE/TELEFONO DEL MEDICO: (Quien tiene más información sobre esta condición) _____

(Voltar)