

LEWISVILLE ISD HEALTH AND EMERGENCY INFORMATION

☐ See Notes on Back ☐ Care Plan on File Teacher _____ ID# _____

Student Name _____ Birthdate _____ Grade _____
Nombre del estudiante Last / Apellido First / Nombre Middle / Segundo Nombre Fecha de nacimiento Grado

☐ I give Health Services permission to contact me by Email regarding my child. Parent Init: _____
Doy mi consentimiento para que el departamento de Servicios de Salud se comunique conmigo por correo electrónico con respecto a mi hijo(a). Iniciales del Padre/Madre
 Email Address/ Correo-e: _____

Health Services uses LISD computer systems to keep your child's teachers informed of any health concerns on a need-to-know basis according to FERPA. Parents wishing to place restrictions on access to health information should contact the school nurse. / *El departamento de Servicios de Salud (Health Services) utiliza el sistema informático de LISD para mantener a los maestros de su hijo(a) al tanto de cualquier condición médica, según sea necesario y conforme a la ley FERPA. Los padres que deseen imponer ciertas restricciones con respecto a la información de salud de su hijo(a) deben comunicarse con la enfermera escolar.*

Name of Parent(s) or Legal Guardian(s) with whom the student lives / Nombre de los Padres o Tutores Legales con quienes vive el estudiante					
Relationship / Relación	First Name / Nombre	Last Name / Apellido	Home Phone / # Telefónico-hogar	Work Phone / # Telefónico-trabajo	Cell Phone / # Telefónico-celular

Names & Phone Numbers of additional people AUTHORIZED to pick up student / *Nombre y número telefónico de otras personas AUTORIZADAS para recoger al estudiante.*

I give the school permission to secure emergency medical treatment. / *Doy mi consentimiento para que la escuela solicite tratamiento médico en caso de emergencia.*
 Parent/Guardian Signature (Firma del Padre/Madre/Tutor) _____ Date/Fecha _____

(Rev: 2/13)

CONTINUE ON BACK OF CARD / CONTINÚE AL REVERSO DE LA TARJETA →

* Does your student have an allergy? Y or N / ¿Su estudiante padece de algún tipo de alergia? SÍ or NO

* Is a 504 Plan for Life Threatening allergy on file? Y or N / ¿Existe un Plan 504 en el expediente, para alergias que ponen en riesgo la vida? SÍ or NO
 (If no, please contact your school nurse within the first week of school). / (Si la respuesta es no, favor de comunicarse con la enfermera de su escuela durante la primera semana de clases para obtener información sobre cómo solicitar adaptaciones).

Allergy to:/ Alérgico(a) a:	Nature of allergic reaction: (please circle all that apply) / Tipo de reacción alérgica (favor de encerrar en un círculo todos los síntomas que apliquen)					
	Hives/Ronchas	Wheezing/Sibilancias	Trouble breathing/Dificultad respiratoria	Itching/Picazón	Swelling/Hinchazón	Anaphylaxis/Anafilaxia
	Hives/Ronchas	Wheezing/Sibilancias	Trouble breathing/Dificultad respiratoria	Itching/Picazón	Swelling/Hinchazón	Anaphylaxis/Anafilaxia
	Hives/Ronchas	Wheezing/Sibilancias	Trouble breathing/Dificultad respiratoria	Itching/Picazón	Swelling/Hinchazón	Anaphylaxis/Anafilaxia
	Hives/Ronchas	Wheezing/Sibilancias	Trouble breathing/Dificultad respiratoria	Itching/Picazón	Swelling/Hinchazón	Anaphylaxis/Anafilaxia

- Medications I will be providing to treat my student's allergic reaction: / *Medicamentos que yo proporcionaré para tratar la reacción alérgica de mi estudiante:*

Nurse's Notes:	
	Entered in Skyward: Y or N

LISD DOES NOT SUPPLY MEDICATIONS / LISD NO PROVEE MEDICAMENTOS

Health Problem #1: Problema de salud #1: _____

Current Medication/Treatments: _____
Medicamento/tratamiento actual:

Instructions for School: _____
Instrucciones para la escuela:

Health Problem #2: Problema de salud #2: _____

Current Medication/Treatments: _____
Medicamento/tratamiento actual:

Instructions for School: _____
Instrucciones para la escuela: