

2026/2027

PSUSD EMERGENCY & HEALTH INFORMATION

Accurate Data is vital for your child's safety (Please Print)

Clear Form

Teacher:

RM:

PUPIL& INFO	Last Name		First Name		Middle
	Nickname		Date of Birth	Grade	Sex
Home Address (Number & Street)			City, State, Zip		Is this address different from the previous school year? ☐ YES ☐ NO
Mailing Address (Number & Street)			City, State, Zip		Is this address different from the previous school year? ☐ YES ☐ NO
LEGAL GUARDIAN INFO	Guardian 1 Name		Lives w/Pupil? ☐ YES ☐ NO	Guardian 2 Name	
	Relationship		Release Contact ☐ YES ☐ NO	Relationship	
Email			Email		
Phone 1			Phone 1		
Phone 2			Phone 2		
U.S. Military Status: (Active Duty, Guard, Reserve, or Veteran): ☐ YES ☐ NO Currently Deployed: ☐ YES ☐ NO Military Branch: Status: ☐ Active Duty; ☐ Active Guard; ☐ Inactive Guard; ☐ Active Reserve; ☐ Inactive Reserve; ☐ Veteran; ☐ Deceased			U.S. Military Status: (Active Duty, Guard, Reserve, or Veteran): ☐ YES ☐ NO Currently Deployed: ☐ YES ☐ NO Military Branch: Status: ☐ Active Duty; ☐ Active Guard; ☐ Inactive Guard; ☐ Active Reserve; ☐ Inactive Reserve; ☐ Veteran; ☐ Deceased		
NAMES OF ALL/OTHER CHILDREN IN FAMILY (ALL AGES)		RELATIONSHIP	DATE OF BIRTH	SCHOOL OF ATTENDANCE	LIVING AT HOME
					☐ YES ☐ NO
					☐ YES ☐ NO
					☐ YES ☐ NO
					☐ YES ☐ NO
					☐ YES ☐ NO
					☐ YES ☐ NO
Release agreement and Emergency contact – 4 local and 1 out-of-area– who may be contacted in an emergency when NO PARENT or GUARDIAN can be located. <i>The student will only be released to a parent/guardian or the following: (Be prepared to provide valid identification)</i>					
1)Name		Relationship	Phone	☐ Home ☐ Cell ☐ Work	
2)Name		Relationship	Phone	☐ Home ☐ Cell ☐ Work	
3)Name		Relationship	Phone	☐ Home ☐ Cell ☐ Work	
4)Name		Relationship	Phone	☐ Home ☐ Cell ☐ Work	
5)Name (Out-of-Area)		Relationship	Phone	☐ Home ☐ Cell ☐ Work	

HEALTH RECORD

Please check any & all conditions in this student's medical history. Use the area below to add an explanation/recommendation.

- ☐ Allergy - Life Threatening
- ☐ Allergy - Non-Life Threatening
- ☐ Arthritis
- ☐ Asthma
- ☐ Autism
- ☐ Blood Disorder
- ☐ Cancer
- ☐ Cerebral Palsy
- ☐ Diabetes
- ☐ Eczema
- ☐ Gastrointestinal Disease
- ☐ G-Tube
- ☐ Headache - Migraine
- ☐ Heart Condition
- ☐ Heart Murmur
- ☐ Hypertension
- ☐ Mental Health
- ☐ Muscular Dystrophy
- ☐ Orthopedic Disorder
- ☐ Scoliosis
- ☐ Seizure Disorder
- ☐ Urinary System Disorder
- ☐ Other (describe below)

Explanation/Recommendation regarding above:

Within the last year, has this student been admitted to a hospital overnight? ☐ YES ☐ NO

Is your child independently toilet trained? ☐ YES ☐ NO

Is the student currently taking medications? ☐ YES ☐ NO

Is the medication required during school hours? ☐ YES ☐ NO

MEDICATION CANNOT BE DISPENSED AT SCHOOL WITHOUT A FORMAL REQUEST SIGNED BY A DOCTOR AND PARENT. MEDICATION FORMS ARE AVAILABLE IN THE SCHOOL OFFICE.

Does the student have a Doctor: ☐ YES ☐ NO	Does the student have a Dentist: ☐ YES ☐ NO	Dental Problem: ☐ YES ☐ NO	Hearing Problem: ☐ YES ☐ NO	Wears hearing aid: ☐ YES ☐ NO	Vision Problem: ☐ YES ☐ NO	Wears glasses/contacts: ☐ YES ☐ NO
--	---	--	---	---	--	--

If my child is or becomes eligible for public benefits (Medi-Cal), I authorize the LEA/District to release student information for the limited purpose of billing Medi-Cal/Medicaid and to access Medi-Cal: health insurance benefits for applicable services: ☐ YES ☐ NO

(Health or accident insurance is NOT provided by the District)

I UNDERSTAND THAT IN AN EMERGENCY WHEN NO GUARDIAN OR EMERGENCY CONTACT CAN BE LOCATED, THE DISTRICT WILL OBTAIN NEEDED MEDICAL CARE FOR THE STUDENT OR SEND THE STUDENT BY AMBULANCE TO THE NEAREST HOSPITAL AT PARENT/GUARDIAN EXPENSE.

Name of person completing form(print): Relationship:

Signature of parent/guardian (certifying information provided is accurate): Date:

Please complete ALL sections of this form

OFFICE USE ONLY

Updated in Synergy by:

Does your child have health insurance?

Type of Insurance?

Member ID (Type N/A if no insurance):

Revised 01/24/2026 SC

Time Stamp:

Student:

First:

Teacher:

Sort #:

2026/2027

PSUSD INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD

Los datos exactos son vitales para la seguridad de su hijo(a) (Utilice letra de Molde)

Teacher: _____

RM: _____

INFORMACIÓN DEL ALUMNO		Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Apodo		Fecha de Nacimiento		Grado		Sexo	
Domicilio (Numero y Calle)		Ciudad, Estado, Código postal		Nº/m. de identificación del estudiante		¿Es diferente esta dirección del año escolar anterior? ☐ SI ☐ NO	
Domicilio de correspondencia (Numero y Calle)		Ciudad, Estado, Código postal				¿Es diferente esta dirección del año escolar anterior? ☐ SI ☐ NO	
INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL		Tutor 1 Nombre		¿Vive con Alumno? ☐ SI ☐ NO		Tutor 2 Nombre	
Relación		Permiso para recoger ☐ SI ☐ NO		Relación		Permiso para recoger ☐ SI ☐ NO	
Correo Electrónico		@		Correo Electrónico		@	
Teléfono 1		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo		Teléfono 1		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo	
Teléfono 2		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo		Teléfono 2		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo	
Estatus Militar de los EE.UU.: (Servicio Activo, Guardia, Reserva o Veterano): ☐ SI ☐ NO Actualmente Desplegado: ☐ SI ☐ NO Rama Militar: _____ Estatus: ☐ Servicio Activo; ☐ Guardia Activa; ☐ Guardia Inactiva; ☐ Reserva Activa ☐ Reserva Inactiva; ☐ Veterano; ☐ Fallecido				Estatus Militar de los EE.UU.: (Servicio Activo, Guardia, Reserva o Veterano): ☐ SI ☐ NO Actualmente Desplegado: ☐ SI ☐ NO Rama Militar: _____ Estatus: ☐ Servicio Activo; ☐ Guardia Activa; ☐ Guardia Inactiva; ☐ Reserva Activa ☐ Reserva Inactiva; ☐ Veterano; ☐ Fallecido			
NOMBRES DE TODOS / OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES)		RELACION		FECHA DE NACIMIENTO		ESCUELA A LA QUE ASISTE	
						¿VIVE EN CASA? ☐ SI ☐ NO	
						☐ SI ☐ NO	
						☐ SI ☐ NO	
						☐ SI ☐ NO	
						☐ SI ☐ NO	
						☐ SI ☐ NO	
Acuerdo de recoger y contacto de Emergencia – 4 locales y 1 fuera del área – quien pueda ser contactado en una emergencia cuando UN PADRE o TUTOR no pueda ser localizado. El alumno solo será dejado salir con un padre/tutor o los siguientes: (Este preparado para proveer identificación válida)							
1)Nombre		Relación		Teléfono		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo	
2)Nombre		Relación		Teléfono		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo	
3)Nombre		Relación		Teléfono		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo	
4)Nombre		Relación		Teléfono		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo	
5)Nombre (Fuera del Área)		Relación		Teléfono		☐ Casa ☐ Celular ☐ Empleo	

INFORME DE SALUD

Por Favor marque toda condición aplicable al historial médico del alumno. Utilice el área de abajo para añadir alguna explicación o recomendación.

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| ☐ Alergia – Amenaza la Vida | ☐ Autismo | ☐ Diabetes | ☐ Dolor de Cabeza - Migraña | ☐ Salud Mental | ☐ Desorden de Ataques |
| ☐ Alergia – No Amenaza la Vida | ☐ Desordenes de Sangre | ☐ Eczema | ☐ Enfermedad de Corazón | ☐ Distrofia Muscular | ☐ Problema del Sistema Urinario |
| ☐ Artritis | ☐ Cáncer | ☐ Enfermedad Gastrointestinal | ☐ Sople del Corazón | ☐ Trastorno Ortopédico | ☐ Otro (describa abajo) |
| ☐ Asma | ☐ Parálisis Cerebral | ☐ Tubo-G | ☐ Hipertensión | ☐ Escoliosis | |

Explicación/Recomendación respecto a lo de arriba: _____

Dentro del último año, ¿Este estudiante ha sido admitido durante la noche en un hospital? ☐ SI ☐ NO ¿Su niño/a ha aprendido ir al baño de forma independiente? ☐ SI ☐ NO¿Está el estudiante tomando actualmente medicamentos? ☐ SI ☐ NO ¿Requiere medicamento durante el horario escolar? ☐ SI ☐ NO

NO ES PERMITIDO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA SIN UNA SOLICITUD FORMAL FIRMADA POR UN DOCTOR Y UN PADRE. LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS ESTAN DISPONIBLES EN LA OFICINA ESCOLAR.

El estudiante tiene Doctor: ☐ SI ☐ NO	El estudiante tiene Dentista: ☐ SI ☐ NO	Problema Dental: ☐ SI ☐ NO	Problema Auditivo: ☐ SI ☐ NO	Usa aparato auditivo: ☐ SI ☐ NO	Problema de Visión: ☐ SI ☐ NO	Usa lentes o lentes de contactos: ☐ SI ☐ NO
---	---	--	--	---	---	---

Si mi hijo (a) es o llega a ser elegible para beneficios públicos (Medi-Cal), Yo autorizo al Distrito LEA a divulgar información del estudiante con el propósito limitado de facturación de Medi-Cal / Medicaid y acceso a Medi-Cal: los beneficios del seguro de salud para servicios aplicables ☐ SI ☐ NO

(El Distrito NO provee seguro de salud o accidente)

YO ENTiendo QUE EN CASO DE UNA EMERGENCIA CUANDO NO SE PUEDA LOCALIZAR A NINGUN TUTOR O CONTACTO DE EMERGENCIA, EL DISTRITO OBTENDRA EL CUIDADO MEDICO NECESARIO PARA EL ESTUDIANTE O ENVIARA AL ESTUDIANTE POR AMBULANCIA AL HOSPITAL MAS CERCANO AL COSTO DE LOS PADRES / TUTORES.

Nombre de la persona que completo la solicitud (letra de molde): _____ Parentesco: _____

Firma del padre/tutor (que certifique que la información proporcionada es exacta): _____ Fecha: _____

Favor de completar TODAS secciones de este formulario

Revised 01/24/2026 SC

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Updated in Synergy by: _____

¿Tiene su niño/a seguro medico?

Tipo de seguro?

Numero de miembro de seguro

Time Stamp: _____

Student:

First:

Teacher:

Sort #: