



SUSD Health Services Emergency & Health Information

Stockton Unified School District

Teacher:	Date Rev.	IHCP Yes ☐ No ☐
Student ID:	Grade	

In case of emergency, illness or accident to: _____
the school is authorized to proceed as indicated below: _____ (Students Name)

STUDENT'S BIRTH DATE: Month: _____ Day: _____ Year: _____

CALL FIRST

PRIMARY GUARDIAN: _____
Name Relationship () - () -
Work Phone Cell Phone

CALL SECOND: _____
Name Relationship () - () -
Work Phone Cell Phone

CALL THIRD: _____
Name Relationship () - () -
Work Phone Cell Phone

CALL FOURTH: _____
Name Relationship () - () -
Work Phone Cell Phone

PHYSICIAN: _____
Name Address Phone Number

If it is not possible to contact any of the above listed persons, I hereby authorize transportation to the nearest medical facility for such emergency medical treatment as deemed necessary for the safety and protection of my child, but not at the expense of the school.

**THIS INFORMATION MUST BE COMPLETED YEARLY SO THAT THE SCHOOL
CAN ACT ON YOUR BEHALF IN THE EVENT OF A MEDICAL EMERGENCY**

Emergency & Health Information 2017/07/07 • #0028400

PLEASE TURN OVER AND FILL OUT BACK OF THIS FORM



SUSD Health Services Emergency & Health Information

Stockton Unified School District

Maestro:	Fecha Rev.	IHCP Si ☐ No ☐
Estudiante ID:	Grado	

En caso de emergencia, enfermedad o accidente: _____
la escuela está autorizada a proceder como se indica a continuación: _____ (Nombre del estudiante)

FECHA DE NACIMIENTO: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

PRIMERA LLAMADA

GUARDIÁN PRIMARIO: _____
Nombre Parentesco () - () -
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

SEGUNDA LLAMADA: _____
Nombre Parentesco () - () -
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

TERCERA LLAMADA: _____
Nombre Parentesco () - () -
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

CUARTA LLAMADA: _____
Nombre Parentesco () - () -
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

DOCTOR: _____
Nombre Domicilio Teléfono

Si no es posible ponerse en contacto con cualquiera de las personas mencionadas anteriormente, doy permiso para el transporte al centro médico más cercano para recibir tratamiento médico de emergencia que sea necesario para la seguridad y la protección de mi hijo, pero no al costo de la escuela.

**ESTA INFORMACIÓN DEBE SER LLENADA CADA AÑO PARA QUE LA ESCUELA
PUEDA ACTUAR EN SU NOMBRE EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA**

Emergency & Health Information 2017/07/07 • #0028400

FAVOR THE LLENAR EL LADO REVERSO

I understand that the school district does not provide medical insurance for student injuries but does make voluntary student insurance available. I have received the information on this program. ☐ Yes ☐ No

PLEASE CHECK ONLY THOSE THAT APPLY: *SUSD Health Services may be contacting you for a follow up.*

☐ ADHD/ADD:	Requires medication?	Yes ☐ No ☐	Given at School?	Yes ☐ No ☐
☐ Asthma:	Requires medication/inhaler?	Yes ☐ No ☐	Given at School?	Yes ☐ No ☐
☐ Severe Allergies:	Severely allergic to:_____		Requires Epi-Pen?	Yes ☐ No ☐
	Symptoms that occur:_____			
☐ Diabetes:	Type I ☐ Type II ☐	Medications: Oral ☐ Injection ☐ Pump ☐	Given at School?	Yes ☐ No ☐
☐ Heart Problems:	Diagnosis:_____	Requires medication? Yes ☐ No ☐	Given at School?	Yes ☐ No ☐
	Physical Restrictions?_____			
☐ Orthopedic:	Orthopedic Condition:_____	Physical Limitations?_____		
☐ Seizure Disorder:	Date of last seizure:_____	Requires medication? Yes ☐ No ☐	Given at School?	Yes ☐ No ☐

Please list any other important health or behavioral information that may affect your child while at school that we should be aware of:

Calif. Ed. Code 49423- Students taking medication at school need an “**Authorization for Medication**” form completed annually. This form must be on file with the school before medication can be given.

☐ Student Has no Health Insurance or Medi-Cal

☐ Health Insurance / Medi-Cal: _____ Policy # _____ ID# _____

I authorize the release of medical information by the school district to its billing agency and to my insurance company to process a claim or request reimbursement for medical services rendered to my child. Any shared information will be limited to service documentation only.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Emergency & Health Information 2017/07/07

Entiendo que el distrito escolar no proporciona seguro médico para lesiones de los estudiantes, pero tiene seguro escolar voluntario disponible. He recibido la información sobre este programa. ☐ Sí ☐ No

POR FAVOR MARQUE SOLO AQUELLOS QUE CORRESPONDAN: *Puede ser contactado por nosotros*

☐ ADHD/ADD:	Requiere medicamento?	Sí ☐ No ☐	Dado en la Escuela?	Sí ☐ No ☐
☐ Asthma:	Requiere medicamento?	Sí ☐ No ☐	Dado en la Escuela?	Sí ☐ No ☐
☐ Alergias Severas:	Muy alérgico a:_____		Requiere Epi-Pen?	Sí ☐ No ☐
	Los síntomas que ocurren:_____			
☐ Diabetes:	Tipo I ☐ Tipo II ☐	Medicamentos: Oral ☐ Inyección ☐ Pump ☐	Dado en la Escuela?	Sí ☐ No ☐
☐ Problemas del Corazón:	Diagnóstico:_____	Requiere medicamento? Sí ☐ No ☐	Dado en la Escuela?	Sí ☐ No ☐
	Restricciones Físicas?_____			
☐ Ortopédico:	Condición Ortopédica:_____	Limitaciones Físicas?_____		
☐ Convulsiones:	Fecha de la última convulsión:_____	Requiere medicamento? Sí ☐ No ☐	Dado en la Escuela?	Sí ☐ No ☐

Por favor escriba cualquier otra información importante de la salud o sobre el comportamiento que puede afectar a su hijo/a en la escuela que debemos ser conscientes de:

California Ed. Código 49423 - Los estudiantes que toman medicamentos en la escuela necesita una “**Autorización para Medicamentos**” completada anualmente. Esta forma debe ser archivada en la escuela antes de la medicación se puede dar.

☐ Estudiante no tiene seguro médico o Medi-Cal

☐ Seguro Medico / Medi-Cal: _____ Póliza # _____ ID# _____

Autorizo la divulgación de información médica por el distrito escolar para su agencia de facturación y para mi compañía de seguros para procesar una reclamación o solicitar el reembolso de los servicios médicos prestados a mi hijo. Cualquier información compartida sera limita a fines de documentación solamente.

Firma del Padre o Guardián: _____ Date: _____

Emergency & Health Information 2017/07/07