Vida Charter School - Health Survey/Emergency Card

Escuela Vida Charter- Encuesta sobre la salud/Tarjeta de Emergencia

_____ _____ _____

Name of Student/*Nombre del estudiante* Date of Birth/*Fecha de nacimiento* Grade/*Grado*

Primary Family
Familia principal _____ Relationship to Student:
Relación con el estudiante: _____

Name / Nombre

Mailing Address / Dirección

_____

P.O. Box or Street/Calle Apt/Lot#

_____

City/Ciudad Zip

Phone # / # de teléfono. familia	Cell phone #/# de celular	Work phone # / # de trabajo	Ext.
E-mail		Language/Idioma:	

Secondary Family
Familia secundaria _____ Relationship to Student:
Relación con el estudiante: _____

Name / Nombre

Phone # / # de teléfono. familia	Cell phone #/# de celular	Work phone # / # de trabajo	Ext.
E-mail		Language/Idioma:	

Doctor:_____Phone/Tel._____Dentist/*Dentista*:__
_____Phone/Tel.:_____Health Insurance/S*eguro Médico*:
___HMO ___Medicaid ___No health insurance/*No tiene seguro médico* Other/*otro:*_____ Number#
*/Número#*_____

If we are unable to pick up our child, we designate the following three people to be able to pick up our child. ***Si no podemos recoger a nuestro hijo, designamos las siguientes tres personas para recoger a nuestro hijo.***

Name/*Nombre* Home Phone/*Teléfono de casa* Cell Phone/*Celular*

_____

_____

_____

Emergency Release: *Vida Charter School will attempt to reach the parent/legal guardian or one of the people listed as an emergency contact, but if none of these people can be reached, Vida Charter School personnel have my permission to use discretion in securing medical aid in an emergency. IT IS UNDERSTOOD THAT NEITHER VIDA CHARTER SCHOOL NOR THE PERSON RESPONSIBLE FOR OBTAINING THIS MEDICAL AID WILL BE RESPONSIBLE FOR THE EXPENSE INCURRED.*

Entrega de emergencia: *La escuela Vida Charter hará el intento por comunicarse con uno de los padres/ tutores legales o con alguien en la lista de contacto de emergencia, pero si ninguno de estos puede ser contactado, el personal de la escuela Vida tiene mi permiso de asegurar la ayuda médica a su discreción en una emergencia. SE ENTIENDE QUE NI LA ESCUELA VIDA CHARTER NI LA PERSONA RESPONSABLE POR OFRECER ESTA AYUDA MÉDICA SERÁN RESPONSABLES POR GASTOS INCURRIDOS.*

Signature/*Firma*:_____ Date/*Fecha*_____

Please check any medication that <u>may</u> be given to your child by the School Nurse.

Por favor marque cualquier medicina <u>puede</u> <u>ser</u> administrada a su niño por el/la enfermero/a de la escuela.

Tylenol ____ Ibuprofen ____ Tums/Rolaids ____ Blistex/Vaseline ____

Throat Lozenges/*Pastillas para la garganta* ____ Oral Anesthetic/*Anestésico oral* - Orabase, Anbesol ____ Eye wash, Contact solution/*Enjuague para ojos, lentes de contacto* ____

Antibiotic Ointment/*Pomada antibiótica* ____

Wound Antiseptic, Skin Cleanser/*Antiséptico de heridas, Limpiador de piel* _____

Topical Analgesics: Sting/Pain/Itch Reliever (Aloe, Hydrocortisone 1%, Sting Kill, Calamine), Sunscreen _____ *Analgesicos Topicos: Calmante de picaduras/dolor/comezón (Aloe, Hydrocortisone 1%, Sting Kill, Calamine), Protector solar*

Does your child have any of the following conditions?/ *¿Su hijo/a tiene alguna de las siguientes condiciones?*

	YES / *SÍ*	NO
Would you like to schedule a meeting with the School Nurse?	_____	_____
¿Quisiera hacer cita con el/la enfermero/a de la escuela?	_____	_____
Serious accidents/injuries/operations. *Accidentes/heridas/operaciones serias*	_____	_____
Head Injury/Concussion. *Herida en la cabeza/conmoción cerebral*	_____	_____
Allergies. *Alergias*	_____	_____
Asthma. *Asma*	_____	_____
Hearing issues. *Problemas de audición*	_____	_____
Vision issues. *Problemas de visión*	_____	_____
Heart/Lung problems. *Problemas del Corazón o pulmones*	_____	_____
Epilepsy/Seizure Disorder. *Epilepsia/transtorno convulsivo*	_____	_____
Attention Deficit Disorder/Hyperactivity. *Trastorno de déficit de atención/Hiperactividad.* _____ Medication. *Medicamentos.* _____ Other. *Otro.* _____	_____	_____
Diabetes	_____	_____

If you marked YES, please explain. ***Si marcó que sí, por favor explique:***

_____

_____

_____

_____

Signature/*Firma*_____ Date/*Fecha*_____