

**PLEASE CHECK THE FOLLOWING ITEMS IF THEY PERTAIN TO YOUR CHILD
POR FAVOR MARQUE LO QUE CORRESPONDA**

Check here if there are no known health problems

EYES/OJOS

Wears glasses/contacts
Usa lentes o contactos

To be worn at all times
Debe usarlos diariamente

EARS/OIDOS

Has a hearing problem
Tiene un problema auditivo

Has tubes in ears
Tiene tubos en los oídos

Uses hearing aid
Usa aparato del oído

Requires preferential seating/ Necesita un lugar específico para sentarse.

GENERAL HEALTH/SALUD EN GENERAL

1. Has the following condition(s): Seizures Fainting Spells Diabetes
Tiene una de esta condición (es): Convulsiones Desmayos Diabetes

Heart Condition ADHD/ADD Migraines Asthma Other
Problema cardíaco Hiperactividad Migrañas Asma Otra

Describe/Describe:

Allergic reaction to bee stings describe: _____

Reacciones alérgicas describe:

Medication allergies describe: _____

Medicamento para alergias

Are any of the above life threatening? _____

¿Son algunas de estas condiciones mortales?

2. List medication prescribed:

Liste los medicamentos recetados:

Name and dosage: _____

Nombre y dosis:

For (diagnosis): _____

Para (diagnostico)

Does the drug need to be taken during school hours? _____

¿Necesita tomar su medicamento durante horas escolares?

Prescribed by Dr. _____ Phone _____

Recetado por el Dr. Teléfono

Note: Your student must have a doctor's note on file in the Nurse's Office in order to take any medication (including over-the-counter, i.e. Tylenol), at school or on field trips.

Nota: Su estudiante debe de tener una receta de su doctor en la oficina de la enfermera de la escuela para que pueda tomar su medicamento (incluyendo medicamentos sin receta) en la escuela o paseos.

Under care of Dr. _____ Phone _____

Bajo el cuidado de el Dr. Teléfono

In the event of an emergency, if a parent or guardian cannot be reached, I hereby give my permission for the school authorities to render first aid and when deemed necessary, secure medical help or ambulance service at my expense.

As a legal custodian of _____, a minor, I hereby authorize the principal or his/her designees, into whose care the aforementioned minor pupil has been entrusted, to consent to any x-ray, examination, anesthetic, medical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to said minor upon the advice of any licensed physician and/or dentist.

I understand that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the aforementioned agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary.

This authorization shall remain effective for the full school year unless revoked in writing and delivered to said agent(s). I understand that the Nevada Joint Union High School District, its employees and its Board assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of said minor. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and examination, x-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my responsibility.

I understand that the Nevada Joint Union High School District does not provide accident medical insurance for students for school related injuries but does offer the student accident insurance for voluntary purchase. I have received the information and application for this program.

I understand the information given on this card will be used as a permanent guide for emergency care for my child and it is my responsibility to notify the school of any change.

En caso de emergencia, si algún padre de familia no puede ser localizado, por medio de la presente doy permiso a las autoridades escolares para dar primeros auxilios y otorgar ayuda médica o servicio de ambulancia a mi propio costo si es necesario.

Como tutor legal de _____, un menor, por medio de la presente doy permiso al Director o a sus asistentes, en los cuales el menor antes mencionado se encuentre bajo cuidado, para autorizar rayos x, revisión médica, anestesia, diagnóstico médico, tratamiento, y/o hospitalización para el menor con el asesoramiento de un médico y/o dentista.

Entiendo que esta autorización se da con anterioridad de cualquier diagnóstico, tratamiento, u hospitalización requeridos y provee autoridad y capacidad al apoderado para dar consentimiento a cualquier y todos los diagnósticos, tratamientos y hospitalizaciones las cuales el doctor o dentista considere necesarios.

Esta autorización deberá permanecer efectiva durante todo el año escolar al menos que sea anulada por escrito y presentada a los apoderados. Entiendo que el Distrito Escolar de la escuela Nevada Unión, sus empleados y consejo escolar no asumirán ninguna responsabilidad de cualquier clase en relación al transporte o tratamiento de dicho menor. Además entiendo todo el costo de transporte médico, hospitalización y revisión médica, rayos x, o tratamiento dado en relación con esta autorización será my responsabilidad.

Entiendo que el Distrito de la escuela Nevada Unión no provee seguro médico para estudiantes que sufran lesiones durante actividades escolares, pero si ofrece seguros médicos a compra voluntaria. He recibido la información y la solicitud para este programa Entiendo que la información en esta tarjeta será utilizada como una guía permanente para cuidados de emergencia para mi hijo/a y es mi responsabilidad avisar a la escuela si hay cambios en esta información.

Please check one:

I have read the above statements and agree.

He leído la información mencionada anteriormente y estoy de acuerdo con ella.

I do not choose the above statement and desire the following action in the event of an emergency:

No elijo la opción mencionada anteriormente y deseo las siguientes acciones en caso de emergencia.

Parent/Guardian Signature _____
Firma Del Padre/tutor

Date: _____
Fecha