

2018-2019 Emergency and Medical Information
Información médica/en caso de emergencia 2018-2019

| | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|--------------|
| Student's Name/Nombre del estudiante: | | | | |
| Grade/Grado: | Date of Birth/Fecha de nacimiento: | Age/Edad: | Gender/Sexo: | Weight/Peso: |
| Parent/Guardian One-Padre/tutor # 1 | | | | |
| Name/Nombre: | | Email Address/Dirección de correo electrónico: | | |
| Home Phone: Teléfono de casa | | Cell Phone: Teléfono celular | Business Phone: Teléfono del trabajo | |
| Home Address/Dirección: | | | | |
| Legal Custody: Custodia legal | Lives With: Vive con | Receives Mailings: Recibe correspondencia | Pick Up: Recoge de la escuela | |
| Parent/Guardian Two-Padre/tutor # 2 | | | | |
| Name/Nombre: | | Email Address/Dirección de correo electrónico: | | |
| Home Phone: Teléfono de casa | | Cell Phone: Teléfono celular | Business Phone: Teléfono del trabajo | |
| Home Address/Dirección: | | | | |
| Legal Custody: Custodia legal | Lives With: Vive con | Receives Mailings: Recibe correspondencia | Pick Up: Recoge de la escuela | |
| EMERGENCY CONTACT – List a different contact than above. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – Indique un contacto diferente a los anteriores | | | | |
| Name/Nombre: | | Can pick-up student: Yes No | | |
| Home Phone: Teléfono de casa | | Cell Phone: Teléfono celular | Business Phone: Teléfono del trabajo | |
| Additional individuals who have my permission to collect my child from the academy. Personas adicionales que tienen mi permiso para recoger mi niño de la academia. | | | | |
| Name: Nombre | Home Phone: Teléfono principal | | Cell Phone: Teléfono celular | |
| Name: Nombre | Home Phone: Teléfono principal | | Cell Phone: Teléfono celular | |
| The following individual(s) may NOT remove my child from the academy-Las siguientes personas NO están autorizadas a retirar a mi niño de la academia | | | | |
| Name/s: Nombre/s | | Custody papers provided to academy: Yes No Se han entregado los documentos de custodia a la academia | | |

| | | |
|--|-----------|----------|
| Medical Information-Información médica | | |
| Is the child allergic to food, insect stings, or other substances? ¿Es alérgico el niño a ciertos alimentos, picaduras de insectos u otras sustancias? <i>If yes, describe symptoms, name foods, insect or substances to be avoided, and the procedure to follow if reaction occurs: Si su respuesta es afirmativa, describa los síntomas, los nombres de los alimentos, los insectos o las sustancias a evitar y el procedimiento a seguir en caso de una reacción:</i> | Yes Sí | No No |
| Is there any physical or medical condition that we should be aware of? (Susceptible to infections, seizures, heart conditions, hearing impairment, asthma, diabetes, etc.)? ¿Existe alguna condición física o médica sobre la cual deberíamos tener conocimiento? (Padecimiento de infecciones, ataques, condición cardíaca, discapacidad auditiva, asma, diabetes, etc.) <i>If yes, list condition and precaution/ Si su respuesta es afirmativa, escriba las condiciones y precauciones:</i> | Yes Sí | No No |

If you have answered "yes" to any of the above, please provide a written health care plan prescribed by your physician no later than the 1st day of school to the Nurse's Office.
Si su respuesta a cualquiera de las anteriores fue afirmativa, favor proveer a la enfermería copia del plan de cuidado médico recetado por su médico, a más tardar, el 1er día de escuela.

| | |
|--|--|
| Student Daily Medication/Supplements-Medicamentos/suplementos diarios para el estudiante | |
| If the student is taking a daily medication or supplement, please list below. Si el estudiante toma algún medicamento o suplemento diario, favor listar a continuación. | |
| Name of Medication(s) Nombre del(los) medicamento(s) | |
| | |

Academy Provided Non-Prescription Medication-Medicamentos sin receta provistos por la academia

Please check box next to any medication indicating permission to allow academy to dispense medication to my child:
Favor marcar el encasillado de los medicamentos para los cuales autoriza que la academia le despache a mi niño

| | | |
|--|---|--|
| Ibuprofen 200mg/tablet or Liquid Ibuprofen 100mg/5ml (per body weight): Yes No Ibuprofen 200mg/Ibuprofen 100mg/5ml (según el peso corporal) en pastilla o líquido | Cough Drops (at academy discretion): Pastillas para la tos (a discreción de la academia) Yes No | Neosporin Ointment : Ungüento Neosporin Yes No |
| Acetaminophen-Tylenol 325mg/tablet or Liquid 160 mg/5ml (per body weight): Yes No Acetaminophen-Tylenol 325mg/160 mg/5ml (según el peso corporal) en pastilla o líquido | Saline (Clear) Eye Drops: Solución salina (clara) para ojos Yes No | Tums : Pastillas Tums Yes No |
| Benadryl/Antihistamine 25mg/tablet or Liquid 12.5/5ml (per body weight): Benadryl/Antihistamínico 25mg/12.5/5ml (según el peso corporal) en pastilla o líquido Yes No | Hydrocortisone Cream/Benadryl Spray: Hidrocortisona en crema/Benadryl en spray: Yes No | |

DO NOT DISPENSE ANY MEDICATION TO MY STUDENT-NO DESPACHE NINGÚN MEDICAMENTO A MI ESTUDIANTE:

Parent Provided Over-the-Counter Medications-Medicamentos sin receta provistos por los padres

These are to be furnished by the parent, in the original container with the student's name and dosage instructions provided. Medications to be administered more than 10 days must have a physician's order. Medications not picked-up within 10 days will be disposed of in accordance to federal guidelines. Expired medication or medications without proper dosage instructions **will not** be administered to student.
Los padres deberán proveer estos medicamentos en su recipiente original con el nombre del estudiante y las instrucciones sobre su dosificación. Deberán traer la orden médica para aquellos medicamentos que se deben administrar por más de 10 días. Según las normas federales, dispondremos de los medicamentos que no se hayan

| Name of Medication Nombre del medicamento | Dosage Dosificación | Time Hora |
|--|------------------------|--------------|
| | | |
| | | |

Parent Provided Prescription Medications-Medicamentos con receta provistos por los padres

All medications must be furnished by the parent in the original container with affixed prescription label. No more than a 30 day supply of medication should be brought to the health office. All controlled substances should be brought into the health office by a parent/guardian.
Los padres deberán proveer todo medicamento en su recipiente original y con la etiqueta de la receta adherida al mismo. El suministro máximo de medicamento que podrá entregar a la enfermería es de 30 días.
Any over-the-counter or prescription medication that you want your student to take at school must be provided by the parent/guardian in the **original container or prescription bottle.**
El padre/tutor deberá proveer cualquier medicamento con o sin receta que desee que tome su estudiante, en su recipiente original o botella con receta.

| Name of Medication Nombre del medicamento | Dosage Dosificación | Time Hora | Prescriber's Name Nombre de quien receta | Indication for Treatment Indicaciones para tratamiento |
|--|------------------------|--------------|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

- Students must have proof of all required and up-to-date immunizations, or a valid exemption, in order to attend school.
Para poder asistir a la escuela, todo estudiante deberá tener todas las vacunas requeridas al día y comprobantes de las mismas, o una exención válida.
- By signing below I give my consent for the school nurse or other designated academy staff to dispense the medication(s) noted above to my student. I acknowledge that Great Hearts Academies personnel are not responsible for any ill effects which may occur. I also give authority to any hospital or doctor to render immediate aid to my student as might be required at the time for his/her health and safety. It is understood by me that the expense of this service will be accepted by me.
Al firmar en la parte inferior doy mi consentimiento a la enfermera o al personal designado de la academia a despachar el(los) medicamento(s) indicados en la parte superior a mi estudiante. Reconozco que el personal de las academias Great Hearts no es responsable por ningún efecto negativo que pueda ocurrir. También le doy permiso a cualquier hospital o doctor a brindar ayuda inmediata a mi estudiante, según lo requiera, para su salud o seguridad. Entiendo y acepto que el gasto por este servicio correrá por mi cuenta.
- This **Emergency and Medical Form** is accurate and complete. **If there are any changes to medical information, please update with academy health personnel.**
La información en este **formulario médico y de emergencia** es completa y correcta. **Si hay cualquier cambio a la información médica, favor actualizar con el personal de salud de la academia.**

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Parent/Guardian Printed Name: Nombre del padre/tutor en letra molde | Parent/Guardian Signed Name: Firma del padre/tutor | Student Name: Nombre del estudiante | Date: Fecha |
|--|---|--|----------------|