

**HEALTH ROOM EMERGENCY INFORMATION
COATESVILLE AREA SCHOOL DISTRICT**

Last Name _____ First Name _____ Male / Female Birthdate _____ Grade/Room _____

Home Address _____ City _____ Zip Code _____ Home Phone _____

Resides with: Mother ___ Father ___ Both ___ Guardian ___
Mother's Name _____ Guardian's Name: _____
Place of Employment _____ Father's Name _____
Work # _____ Extension/Dept: _____ Place of Employment _____
Home ph # _____ Cell # _____ Work # _____ Extension/Dept: _____
Email _____ Home ph # _____ Cell# _____
Email _____

Which person/number should we try first? _____

IF PARENT/GUARDIAN CANNOT BE REACHED, CONTACT:

1. Name _____ Relationship to student _____ Day Phone _____
2. Name _____ Relationship to student _____ Day Phone _____

MEDICAL HISTORY

Is your child allergic to bee/insect stings? No/ Yes Reaction and treatment: _____
Is your child allergic to anything else? No/Yes What and treatment: _____
Is your child taking any medication **at home or school**? No/Yes What/Why: _____
Please list any current medical conditions/concerns (asthma, diabetes, seizures, lyme disease, heart problems, ADD, etc.): _____

Doctor _____ Phone _____ Dentist _____ Phone _____
Does your child wear glasses? ___ Contact Lenses? ___ Hearing aides? ___ Other/Name _____

FAMILY INFORMATION

Names of brothers/sisters attending Coatesville Area School District and school they attend:

Name _____ School _____

INSURANCE INFORMATION

Insurance Company _____ Policy Number _____

Dental Insurance _____ Yes _____ No _____ Vision Insurance _____ Yes _____ No _____

I GIVE MY PERMISSION FOR MY CHILD TO RECEIVE THE FOLLOWING MEDICATIONS:

Acetaminophen (Generic Tylenol)	Yes _____	No _____
Ibuprofen (Generic Advil/Motrin)	Yes _____	No _____
Diphenhydramine (Generic Benadryl)	Yes _____	No _____
Essence of Peppermint (for stomach aches)	Yes _____	No _____
Tums/Maalox (for stomach aches)	Yes _____	No _____

Any Special Instruction: _____

I give my permission for my child to receive the ABOVE medications provided by the CASD and dispensed by the School Nurse/Health Assistant.

I also give my permission for the information on this card to be shared with appropriate school personnel. I authorize the Coatesville Area School District to release to and obtain information from the family health care provider/dentist (immunizations, diagnoses, treatments, exams).

Signature of parent/legal guardian Date

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA PARA LA SALA DE SALUD
EL DISTRITO DEL ÁREA DE COATESVILLE**

Apellido _____ Primer Nombre _____ Masculino/Femenino Fecha de Nacimiento _____ Grado/Sala _____

Dirección _____	Ciudad _____	Código Postal _____	Número de Teléfono _____
Vive con: Madre ___ Padre ___ Los Dos ___ Guardián ___		Nombre de Guardián: _____	
Nombre de Madre _____		Nombre de Padre _____	
Lugar de Empleo: _____		Lugar de Empleo _____	
# del Trabajo _____	Extensión/Dept: _____	# del Trabajo _____	Extensión/Dept: _____
# de la Casa _____	# Celular _____	# de Casa _____	# Celular _____
Email _____		Email _____	

¿Qué persona / número hay que llamar primero? _____

SI LOS PADRES NO ESTÁN DISPONIBLES, CONTACTO:

1.	Nombre _____	Relación con el estudiante _____	Número de Teléfono _____
2.	Nombre _____	Relación con el estudiante _____	Número de Teléfono _____

HISTORIA MÉDICA

¿Está su niño alérgico a las abejas / picaduras de insectos? No/ Si La reacción y el tratamiento: _____
 ¿Está su niño alérgico a algo más? No/Si A qué y el tratamiento: _____
 ¿Está su hijo tomando algún medicamento en casa o la escuela? No / Sí ¿Qué / Por qué: _____
 Haga una lista de condiciones médicas actuales y preocupaciones (asma, diabetes, ataques epilépticos, enfermedad de Lyme, problemas cardíacos, ADD, etc.): _____

Su Médico _____ Número de Teléfono _____ Dentista _____ Número de Teléfono _____
 ¿Su hijo usa lentes? _____ Lentes de contacto? _____ Audífonos? _____ Otro/Nombre _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Los nombres de los hermanos / hermanas que asisten al Distrito Escolar del Área de Coatesville y la escuela que asisten:
 Nombre _____ Escuela _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de Aseguro _____ Número de Póliza _____
 Seguro Dental _____ Si _____ No _____ Seguro de la Visión _____ Si _____ No _____

DOY MI PERMISO PARA QUE MI HIJO/A RECIBIR LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

Acetaminophen (Tylenol genérico)	Si _____	No _____
Ibuprofen (Advil/Motrin genérico)	Si _____	No _____
Diphenhydramine (Benadryl genérico)	Si _____	No _____
Esencia de menta (para dolores de estómago)	Si _____	No _____
Tums/Maalox (para dolores de estómago)	Si _____	No _____

Instrucciones Especiales: _____

Doy mi permiso para que mi hijo reciba los medicamentos que están escrito arriba proporcionados por las CASD y dispensados por la enfermera escolar.

También doy mi permiso para que la información de esta tarjeta para ser compartida con el personal escolar apropiado. Yo autorizo el Distrito del área de Coatesville para dar y obtener información del médico / dentista (vacunas, diagnósticos, tratamientos, exámenes).

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____