



**HEALTH INFORMATION**

Name of Physician / Clinic: \_\_\_\_\_ Telephone ( ) \_\_\_\_\_

**Health Alert**

Does your child have any health condition that may affect participation in physical activities? Yes \_\_\_ No\_\_\_

Limitations \_\_\_\_\_ (e.g. stair climbing, participation in gym)

Allergies \_\_\_\_\_

504 Services for the current year? Yes \_\_\_ No\_\_\_ Previous year? Yes \_\_\_ No\_\_\_

My child has (check any that apply): Private health insurance \_\_\_ ; Medicaid; \_\_\_ ; No health insurance \_\_\_

If "No health insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options? Yes \_\_\_ No\_\_\_

**If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?**

\_\_\_\_\_

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parents as indicated above will be respected as far as possible.

| Siblings: Last Name | First Name | School of Attendance |
|---------------------|------------|----------------------|
| _____               | _____      | _____                |
| _____               | _____      | _____                |
| _____               | _____      | _____                |

**FOR SCHOOL USE.....**

**List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record.**

| Date  | Contact | Reason | Disposition |
|-------|---------|--------|-------------|
| _____ | _____   | _____  | _____       |
| _____ | _____   | _____  | _____       |
| _____ | _____   | _____  | _____       |
| _____ | _____   | _____  | _____       |
| _____ | _____   | _____  | _____       |



**INFORMACION SOBRE SALUD**

Nombre del Doctor / Clinica: \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_

**Alerta de Salud**

¿Su hijo/a tiene alguna condicion de salud que le impida tener actividades? Si \_\_\_ No\_\_\_

Limitaciones: \_\_\_\_\_ (por ejemplo, subir escaleras, clase de gimnasio)

Alergias: \_\_\_\_\_

¿Solicitó servicio de salud 504 para este año? Yes \_\_\_ No\_\_\_ Previous year? Yes \_\_\_ No\_\_\_

Si su hijo/a tiene (Marque uno): Seguro de salud privado \_\_\_ ; Medicaid; \_\_\_ ; No tiene seguro de salud \_\_\_

Si "No tiene seguro," ¿nos permite compartir su informacion para saber mas acerca de seguro de salud? Si \_\_\_ No\_\_\_

Si su hijo/a se enferma o se accidenta y no podemos ponernos en contacto con usted o sus personas en caso de emergencia, ¿que desea que la escuela haga?

\_\_\_\_\_

Deseo que entienda que la disposicion final en el caso de una emergencia es a juicio de la autoidades escolares. La indicacion de los padres sera respectada lo mas possible.

| Hermanos: Apellido | Primer Nombre | Escuela donde asisten |
|--------------------|---------------|-----------------------|
| _____              | _____         | _____                 |
| _____              | _____         | _____                 |
| _____              | _____         | _____                 |

**PARA USO DE LA ESCUELA.....**

Enumere a continuación los contactos realizados para la emergencia, enfermedad o lesión. Los registros pertinentes de registro de salud.

| Fecha | Contacto | Razon | Disposicion |
|-------|----------|-------|-------------|
| _____ | _____    | _____ | _____       |
| _____ | _____    | _____ | _____       |
| _____ | _____    | _____ | _____       |
| _____ | _____    | _____ | _____       |