

Teacher/Maestro: _____ Grade/Grado: _____ Room#/Numero de salon: _____

Paramount Unified School District
EMERGENCY CARD DATA/ INFORMACION DEL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA

Last/Apellido _____ **First/Primer Nombre** _____ **Middle/Segundo** _____ ☐ M or ☐ F **Birth date/Fecha de Nacimiento** _____

Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **Zip/Código postal** _____ **Home phone/Teléfono** _____

Father's Name/Nombre del padre _____ **Work #/Teléfono(Trabajo)** _____ **Work Hrs./Horas laborales** _____ **Cellular/Celular** _____

Mother's Name/Nombre de la madre _____ **Work #/Teléfono(Trabajo)** _____ **Work Hrs./Horas laborales** _____ **Cellular/Celular** _____

Legal Guardian/Tutor _____ **Work #/Teléfono(Trabajo)** _____ **Work Hrs./Horas laborales** _____ **Cellular/Celular** _____
(Current guardian information needs to be on file/ La información reciente debe estar en el expediente)

Email/Correo Electronico _____ **Email/Correo Electronico** _____

Student resides with: ☐ Both ☐ Mother ☐ Father ☐ Other:
El estudiante vive con: Ambos Madre Padre Otro: _____

Address of Parent/Guardian if not living with student: _____
Dirección de la madre o padre si es diferente a la del alumno

In the event you can not be contacted, list 3 people whom you would be willing to have your child released to.
En caso de que a usted no se le pueda localizar, de el nombre de tres personas a quienes pudiéramos entregar a su hijo/a.

Name/ Nombre	Address/ Dirección	Telephone/ Teléfono	Relationship/ Parentesco con el estudiante

Out of State Emergency Telephone Number/ _____ **Name/** _____
Teléfono de emergencia fuera del estado _____ *Nombre* _____

List brothers or sisters in Paramount Schools/Nombre los hermanos del alumno en las escuelas de Paramount:

Name/Nombre	Birthdate/Nacimiento	School/Escuela	Grade/Grado

Please name specific person(s) who may not take your child from school/ Por favor especifique los nombres de las personas a la que sus hijos no pueden ser entregados:

THE SCHOOL WILL CALL PARAMEDICS IF IT IS DETERMINED THAT THEY ARE NEEDED. THE SCHOOL IS NOT RESPONSIBLE FOR CHARGES INCURRED FROM PARAMEDIC SERVICES.

LA ESCUELA LLAMARA A LOS PARAMEDICOS SI SE DETERMINA QUE ES NECESARIO. LA ESCUELA NO ES RESPONSABLE DE LOS GASTOS CONTRAIDOS POR LOS SERVICIOS PARAMEDICOS.

Authorization to treat/Autorización para darle tratamiento: ☐ Yes/Si ☐ No

In case of an emergency and the school is unable to reach parent/guardian, child may be taken to the nearest emergency room for treatment./ En caso de una emergencia y si la escuela no encuentra a los padres/tutor, el niño puede ser llevado al centro de emergencia. Favor de contactar la oficina de la escuela..

Parent or legal guardian's signature/firma de padres/Tutor:

Father/Padre: _____ **Mother/Madre:** _____ **Date/Fecha:** _____

Does your child have allergies? / Tiene su hijo/a alguna alergia? ☐ Yes/ Si ☐ No

If yes, please list allergy and reaction / Si la respuesta es si, mencione la alergia y el tipo de reacción. _____

Does your child have any of the following conditions / Tiene su hijo/a alguna de estas condiciones medicas?

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
Asthma / Asma			Diabetes / Diabetes			Seizures / Convulsiones		
Heart Conditions / Problemas Cardiacos			Migraines / Migrañas			Blood disorders / Trastornos sanguíneos		
ADD/ADHD / Síndrome de atención deficiente			Disabilities / Discapacidades			Other Conditions / Alguna otra condición		
Vision problems / Problemas de la vista			Hearing problems / Problemas auditivos			Glasses or contact lenses / Lentes o pupilentes		

If yes, please explain / Si la respuesta es si, por favor explique: _____

Is your child currently taking any medications at home?
Toma su hijo/a algún medicamento en casa? ☐ Yes/ Si ☐ No

If yes, please explain / Si la respuesta es si, por favor explique: _____

Does your child currently need any medication at school?
Necesita tomar su hijo/a algún medicamento en la escuela? ☐ Yes/ Si ☐ No

If yes, please explain / Si la respuesta es si, por favor explique: _____

The medication authorization must be renewed annually. An emergency care plan may be necessary. / La autorización para medicamentos tiene que ser renovada anualmente. Un plan en caso de emergencia será necesario.

Name of family doctor / Nombre del Medico Familiar: _____ **Telephone** / Teléfono: _____

Medical Insurance / Seguro Medico: ☐ Yes/ Si ☐ No **Medi-cal:** ☐ Yes/ Si ☐ No

Name of medical insurance / **I.D. Number** /
Nombre de Agencia de Seguro Medico: _____ Numero de identificación: _____

List any restrictions your child has:
Haga una lista de las limitaciones que su hijo/a tiene: _____

Has your child ever been enrolled in a special program?
Alguna vez ha estado inscrito su hijo/a en algún programa especial? ☐ Yes/ Si ☐ No

If yes, please explain / Si la respuesta es si, por favor explique: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Data Entry Date: _____ By: (initials) _____