

AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT #216 EMERGENCY HEALTH AND MEDICAL CARD

Student's Last Name:	First Name:	Middle Name:	Grade:	Sex: ☐ Male ☐ Female	Age:	DOB:	ID#:
----------------------	-------------	--------------	--------	--	------	------	------

Parent/Guardian gives permission to receive these at school:

Tylonal	Yes ☐	No ☐	Cough Drops	Yes ☐	No ☐	Anti-itch Ointment/Lotion	Yes ☐	No ☐
Ibuprofen	Yes ☐	No ☐	Analect	Yes ☐	No ☐	Antibacterial Ointment	Yes ☐	No ☐
Emergency Benadryl	Yes ☐	No ☐	Throat Spray	Yes ☐	No ☐	Ambesol	Yes ☐	No ☐

Over-the-counter medications may be administered up to one hour before dismissal to ensure that no allergic reaction takes place.

Medical Conditions		Condition		Explain		Explain	
Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
☐	☐	Allergy (Medication)	☐	☐	☐	Hearing (Loss)	☐
☐	☐	Allergy (Food)	☐	☐	☐	Heart	☐
☐	☐	Allergy (Seasonal)	☐	☐	☐	Hepatic & Biliary (Hepatitis)	☐
☐	☐	Anorexia/Bulimia	☐	☐	☐	Hypertension	☐
☐	☐	Arthritis/Rheumatic Disease	☐	☐	☐	Inflammatory (Skin)	☐
☐	☐	Asthma (Carry Inhaler)	☐	☐	☐	Malignancies (Cancer)	☐
☐	☐	ADD/ADHD	☐	☐	☐	Neuro (Migraine/Headaches)	☐
☐	☐	Autism, Childhood	☐	☐	☐	Orthopedic	☐
☐	☐	Birth Defects/Developmental	☐	☐	☐	Pregnancy	☐
☐	☐	Bleeding Disorders	☐	☐	☐	Psychiatric-Depression, Bipolar	☐
☐	☐	Coccidioidomycosis-Valley Fever	☐	☐	☐	Scoliosis	☐
☐	☐	Connective Tissue Disorder	☐	☐	☐	Seizures Disorder	☐
☐	☐	Diabetes	☐	☐	☐	Sickle Cell	☐
☐	☐	Endocrine Disorders	☐	☐	☐	Tuberculosis	☐
☐	☐	Gonorrhea (Kidney, Urinary)	☐	☐	☐	Varicella (Had Chicken Pox)	☐
☐	☐	Gastrointestinal (Stomach)	☐	☐	☐	Vision (Glasses, Contact lenses)	☐
☐	☐	Gynecological	☐	☐	☐	Whooping Cough	☐
☐	☐	Other Conditions	☐	☐	☐	Medications	☐

Physician: _____ Hospital Referral: _____

Phone: _____

Initials: _____

I understand that Agua Fria Union HS District #216 does not provide accident medical/dental coverage for students for injuries/illness occurring at school. X

I understand that I am financially responsible for any medical, dental, ambulance, or other health care expenses or transportation of my child home, which might occur as a result of such illness or injury. X

I understand that it is my responsibility to notify the school in writing of any changes to the above information. X

If student is unable to remain at school, the parent/guardian will pick up the student or gives the school permission to release the student to the emergency contact. If parent/guardian cannot be reached, authorization is hereby given to any hospital or medical professional to render immediate aid as might be required at the time for the student's health and safety. It is understood the expense of this service would be accepted by the parent/guardian.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

TARJETA MEDICA DE EMERGENCIA Y SALUD

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Edad: _____ Fecha nacimiento: _____ ID#: _____

padre/tutor da permiso para recibir estas medicaciones en la escuela: (Por favor marque Si o No)

Tylenol	SI ☐ No ☐	Pasillas para los	SI ☐ No ☐	Cremas/loción para el pieor	SI ☐ No ☐
Ibuprofeno	SI ☐ No ☐	Antiacidos	SI ☐ No ☐	Pomada antibiótico	SI ☐ No ☐
Benadryl de Urgencia	SI ☐ No ☐	Aerosol para la garganta	SI ☐ No ☐	Antiesol	SI ☐ No ☐

Medicaciones sin receta se pueden administrar hasta una hora antes de finalizar la escuela para asegurar que no haya una reacción alérgica.

Condiciones Médicas

Condición	SI	No	Explicación	Condición	SI	No	Explicación
Alergia (Medicación)	☐	☐		Pérdida de oído	☐	☐	
Alergia (Alimentos)	☐	☐		Corazón	☐	☐	
Alergia (de temporada)	☐	☐		Hepático & Biliar (Hepatitis)	☐	☐	
Anorexia/Bulimia	☐	☐		Hipertensión	☐	☐	
Antifosfatermedad Reumática	☐	☐		Integumentario (Pie)	☐	☐	
Asma (Llave inhalador)	☐	☐		Tumores Malignos/Cáncer	☐	☐	
AD/ADHD	☐	☐		Neurólogo (Migrañas)	☐	☐	
Autismo, Nifidez	☐	☐		Ortopédico	☐	☐	
Defectos Congénitos/Desarrollo	☐	☐		Embarazo	☐	☐	
Trastornos de Coagulación	☐	☐		Psiquiátrico-Depresión, Bipolar	☐	☐	
Cócciditromycois/febre del valle	☐	☐		Escoliosis	☐	☐	
Enfermedad de Tojido Conecivo	☐	☐		Trastornos Convulsivos	☐	☐	
Diabetes	☐	☐		Academia Cálculos Faltiformes	☐	☐	
Enfermedades Endocrinas	☐	☐		Tuberculosis	☐	☐	
Gonorrrea (Rifon, Urinario)	☐	☐		Varicela (Tuyo Varicela)	☐	☐	
Gastrointestinal (Estómago)	☐	☐		Vista (Gafas, Lentes de Contacto)	☐	☐	
Ginecológico	☐	☐		Tos Ferina	☐	☐	
Otras Enfermedades	☐	☐		Medicamentos	☐	☐	

Entiendo que el Distrito de Agua Fria Union HS #215 no proporciona a los estudiantes con seguros médico/dental para lesiones/enfermedades que ocurren en la escuela.

Iniciales:

Entiendo que si mi hijo/a necesita medicación u otro servicio de salud, debo hacer arreglos con la oficina de salud de la escuela.

Entiendo que soy responsable de cualquier gasto financiero médico, dental, ambulancia o cualquier otro gasto médico o transporte de mi hijo/a a casa, que pudiese ocurrir debido a una enfermedad o lesión.

Entiendo que es mi responsabilidad avisar a la escuela por escrito de cualquier cambio de la información arriba indicada.

Si el estudiante no pueda permanecer en la escuela, el padre/tutor recibirá al estudiante a la escuela para que se pueda ir con el contacto de emergencia. Si la escuela no se puede comunicar con el padre o tutor, se autoriza por medio de este documento, a cualquier hospital o profesional médico a que proporcione la ayuda médica necesaria para asegurar el bienestar y salud del estudiante. Se entiende que los cargos por este servicio serán aceptados por el padre/tutor.

Firma del Padre/Tutor

Fecha