

SCHOOL NURSE EMERGENCY CARD

**** Confidential For Student Safety Only ****

Student's Name _____ Date of Birth _____

(Last) (First)

Teacher/Grade _____ Doctor/Clinic _____ Phone _____

Home Address _____

Preferred Telephone # _____

Child lives with: ___ Mother ___ Father ___ Both ___ Other _____

Mother's Name/Guardian: _____

Phone: Home _____ Cell _____ Work _____

Father's Name/Guardian: _____

Phone: Home _____ Cell _____ Work _____

In case of illness/emergency, when neither parent/guardian can be reached, list two nearby relatives or neighbors who will assume temporary care of your child.

1. Name/ Relationship _____ Phone _____

2. Name/ Relationship _____ Phone _____

Allergies to: Food (**must have doctor note**) _____ Medication _____

Please list any **health problems**. _____

My child is on the following medication at home _____ at school _____

May we share this information with appropriate staff? Yes ___ No ___

Permission to obtain or share information from doctor, clinic, hospital information about my child. ___ Yes ___ No

I give permission for the school nurse to give the following medications when appropriate:

_____ Acetaminophen for pain and/ or fever _____ Ibuprofen for pain

_____ Antacid for stomach discomfort _____ No Medication

All students over age 10 will be examined every two years for scoliosis *at school*. ___ Y ___ N
Physical examination *should be done by your Primary Care Physician* at least once during each of your child's developmental years: Date of last physical _____

☆ Early childhood (pre-school through grade 3) ☆ Pre-adolescence (grade 4-6)

☆ Adolescence (grades 7 through 12)

In case of emergency, **9-1-1** will be called. I give permission for my child to receive emergency care if necessary.

Signature: _____ **Printed Name:** _____ **Date:** _____

Does child have Health Insurance?

Yes _____ If Yes, name of insurance company _____

No _____ NJ Family Care provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents.

For more information call 800-701-0710 or visit www.njfamilycare.org to apply online.

You may release my name and address to the NJ Family Care Program to contact me about health insurance.

Signature: _____ **Printed Name:** _____ **Date:** _____

Written consent required pursuant to 20 U.S.C. § 1232g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

TARJETA DE EMERGENCIA

*** Confidencial Solo Para El Bienestar del Estudiante***

Nombre del Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____
(Apellido) (Nombre)

Maestro (a)/Nivel _____

Domicilio _____

Número del Teléfono del Hogar _____ Celular _____

Alumno vive con: ___ Madre ___ Padre ___ Ambos ___ Otro

Nombre de Madre/Tutor legal: _____ Numero del Trabajo: _____

Nombre del Padre/Tutor legal: _____ Numero del Trabajo: _____

En caso de enfermedad/emergencia, cuando ningún padre/tutor puede ser alcanzado, nombre de dos parientes o vecinos que cuide a su hijo(a) temporariamente.

1. Nombre/ Relación _____ Teléfono _____

2. Nombre/ Relación _____ Teléfono _____

Alergias a: Comida (**debe tener nota del médico**) _____ Medicamento _____

Por favor identifica todo **problema de salud**. _____

Mi hijo(a) toma los siguientes medicamentos en casa _____ en la escuela _____

Podemos compartir esta información con persona apropiada? Sí ___ No ___

Otorgo permiso para obtener o compartir información del médico, clínica, hospital sobre mi hijo(a). ___ Sí ___ No

Yo doy permiso que la enfermera le de los siguientes medicamentos cuando apropiado:

_____ Acetaminofén para el dolor/ o fiebre _____ Ibuprofeno para dolor

_____ Antiácido para el dolor de estómago _____ No Medicamentos

Todo estudiante sobre la edad de 10 será examinado de cada dos años para escoliosis *en la escuela*. ___ S ___ N

Examinación Física *debe ser hecha por su Medico Primario* por lo menos una vez durante cada los años de: _____ Fecha del último examen físico _____

☆ Niñez (pre-escolar a grado 3)

☆ Pre-adolescente (grado 4-6)

☆ Adolescente (grado 7 a 12)

En caso de emergencia, **9-1-1** será llamado. Yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba cuidado de emergencia si es necesario.

Firma: _____ **Escribe Nombre:** _____ **Fecha:** _____

Tiene su hijo(a) Seguro Médico?

Sí _____ si Sí, nombre de la compañía medica _____

No _____ NJ Family Care provee seguro médico gratis o a bajo costo para los niños sin seguro y algunos padres de cierto nivel de ingreso.

Para más información llame 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para solicitar sobre la red.

Puede compartir mi nombre y dirección al programa NJ Family Care para se comuniquen conmigo sobre el seguro médico.

Firma: _____ **Escribe Nombre:** _____ **fecha:** _____

Permiso escrito requisito por 20 U.S.C. § 1232g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

