

Emergency Card
Tarjeta de Emergencia

Last Name Apellido(s)	First Name Primer Nombre	Middle Name Segundo Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Grade/Section Grado/Sección
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

SCHOOL YEAR 2011-2012 (Año Escolar 2011-2012) **For the School Nurse (Para la Enfermera de la Escuela) P.1 of 2**

Parent/Guardian (PADRE/GUARDIÁN LEGAL):

Name/Nombre	Relationship/Relación	Work Phone/Tel. Trabajo	Home Phone/Tel. Casa	Cell Phone (Tel. Celular)
Street Address/Dirección		City/Ciudad	Zip/Código Postal	e-mail / Correo Electrónico

Parent/Guardian (if different from above) (PADRE/GUARDIÁN LEGAL (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA):

Name/Nombre	Relationship/Relación	Work Phone/Tel. Trabajo	Home Phone/Tel. Casa	Cell Phone (Tel. Celular)
Street Address/Dirección		City/Ciudad	Zip/Código Postal	e-mail / Correo Electrónico

Please list below three people who have your permission to pick your child up from school and make decisions concerning your child in the event that you cannot be reached. (Por favor escriba los nombres y datos de tres personas que tienen permiso para recoger a su niño/a de la escuela ó que hagan decisiones sobre su niño/a en caso que no podamos llegar a contactarle)

Name of Person (Nombre de la Persona) Relationship (Relación) Telephone (Teléfono)

1. _____ / _____ / _____
2. _____ / _____ / _____
3. _____ / _____ / _____

My Child's medical care is provided by: Doctor's Name Phone
El cuidado médico de mi niño/a es proveído por: Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Hospital Choice Health Insurance Policy #
Hospital de preferencia _____ Póliza de Seguro de Salud # _____

In case of an emergency, the school staff will contact 911. Every attempt will be made to contact a parent, a guardian, or a designated emergency contact. In case of accident or serious illness, the school has my permission to contact and follow the instructions of the above physician. If this physician is not available, I authorize care and treatment for my child by any physician and/or hospital. I will assume responsibility for the emergency care and/or transportation for said child.

En caso de emergencia, el personal de la escuela llamará al 911. Se hará todo lo posible por contactar al padre, guardián legal, o una persona designada para contactar. En caso de accidente o enfermedad seria, la escuela tiene mi permiso para contactar y seguir las instrucciones del doctor mencionado arriba. Si este médico no está disponible, autorizo que el cuidado y el tratamiento para mi niño/a sea dado por cualquier médico y/o cualquier hospital. Asumiré la responsabilidad por el cuidado de emergencia y/o transportación para mi niño/a.

Parent /Guardian Signature Date
Firma del Padre /Guardián Legal _____ Fecha _____

Health Screenings: CCSD Nurses follow DHEC recommendations for vision, hearing, blood pressure, height /weight, scoliosis and dental screenings as time permits. Contact your child's school nurse if you have questions regarding screening. Exámenes médicos: Las enfermeras del CCSD siguen las recomendaciones del DHEC para visión, audición, presión sanguínea, talla/peso, escoliosis y exámenes dentales tal como el tiempo lo permita. Contacte a la enfermera de su niño/a si tiene alguna pregunta sobre el examen de su niño/a.

OVER PLEASE: TO COMPLETE PAGE 2 OF THE HEALTH FORM) (Complete la página # 2 de este formulario de salud)

Emergency Card
Tarjeta de Emergencia

/	/	/	/
Last Name Apellido(s)	First Name Primer Nombre	Middle Name Segundo Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento
		Grade/Section Grado/Sección	

SCHOOL YEAR 2011-2012 (Año Escolar 2011-2012) **P.2 of 2**

CONFIDENTIAL (FOR SCHOOL NURSE ONLY) (CONFIDENCIAL PARA LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SOLAMENTE)
Please complete the information below. In order for your child to receive medication or a medical procedure at school, you must provide a completed **Doctors Order Form** available from the school nurse or online at:
http://www.ccsdschools.com/Departments_Staff_Directory/Academic_Division/HealthServices/

Por favor llene la información dada a continuación. Con la finalidad de que su niño reciba medicina o un proceso médico en la escuela, usted debe proveer un formulario de órdenes del doctor (Doctors Order Form), el cual puede ser obtenido a través de la enfermera o en el website del distrito escolar: http://www.ccsdschools.com/Departments_Staff_Directory/Academic_Division/HealthServices/

My child has the following: Mi niño/a tiene lo siguiente:

- ADD/ADHD**Medication/Medicina _____
- Allergies/Alergias**Type/Tipo _____ Medication/Medicina _____
- Asthma/Asma**.....Medication/Treatment(Medicina/Tratamiento) _____
- Diabetes** **Insulin Pump** **Injections** **Oral Medication** **Blood Glucose Checks**
Diabetes..... Bomba de Insulina Inyecciones Medicina Oral Chequeo de glucosa y sangre
- Seizure Disorder/Epilepsia**.....Medication/Medicina _____
- Psychiatric Disorder/Problema Psiquiátrico** ... Type/Tipo _____ Medication/Medicina _____
- Sickle Cell Anemia/Anemia falciforme**Medication/Treatment(Medicina/Tratamiento) _____
- Physical Disability/Discapacidad Física**.....Type/Tipo _____
Medication/Treatment(Medicina/Tratamiento) _____
- Hearing Problems**..... **Hearing Aids** **Cochlear Implant**
Problemas de Audición..... Aparato auditorio Implante de Cóclea
- Vision Problems/Problemas de visión**..... **Glasses/Lentes** **Contacts/Lentes de contacto**
- Other/ Otro** _____

HEALTH CONSENTS (CONSENTIMIENTO DE SALUD)

Please address each Yes / No Question (Por favor conteste las preguntas SI ó NO)

Over the Counter Medication (OTC) By checking "yes" below, the following Over the Counter medications may be administered to your child by the school nurse only if your child meets the clinical policy criteria. Charleston County School District is under no obligation to provide OTC medications for students. Parents will be notified if the student frequently requests OTC medication. (Al marcar "sí" a las siguientes medicinas sin receta la enfermera solamente puede dar a su niño si cumple con los criterio determinado en las reglas clínicas apropiadas. El Distrito Escolar de Charleston no tiene la obligación de proveer medicina sin receta a los estudiantes. Los padres serán notificados si los estudiantes piden medicina sin receta frecuentemente.)

<input type="checkbox"/> YES(SI) <input type="checkbox"/> NO	Acetaminophen (Like Tylenol) for headache, earache, fever (as determined by the policy), sore throat, orthopedic injuries, jammed fingers/toes, sprains, and strains. (Acetaminophen (como Tylenol) para dolores de cabeza, fiebre (como es determinado por las reglas), inflamación de garganta , heridas ortopédicas, dedos atascados y torceduras).
<input type="checkbox"/> YES(SI) <input type="checkbox"/> NO	Ibuprofen (Like Advil) for menstrual cramps, headache, earache, fever (as determined by the policy), sore throat, orthopedic injuries, jammed fingers/toes, sprains, and strains. (Ibuprofen (como Advil) para calambres menstruales, dolores de cabeza, dolor de oído, fiebre (como es determinado por las reglas) inflamación de garganta , heridas ortopédicas, dedos atascados y torceduras).
<input type="checkbox"/> YES(SI) <input type="checkbox"/> NO	Cough Drops (Like Halls) for cough with minimal congestion and upper respiratory infection. Pastillas para la tos como Halls para congestión mínima e infección respiratoria.
<input type="checkbox"/> YES (SI) <input type="checkbox"/> NO	Chewable Antacid (Like Tums) for nausea, abdominal pain, and upset stomach. (Pastillas masticables contra la acidez estomacal (como Tums) para náusea, dolor abdominal y dolor de estómago)
<input type="checkbox"/> YES (SI) <input type="checkbox"/> NO	Liquid Antacid (Like Mylanta) for nausea, abdominal pain, and upset stomach. (Medicina líquida para la acidez estomacal Mylanta) para náusea, dolor abdominal y dolor de estómago)
<input type="checkbox"/> YES (SI) <input type="checkbox"/> NO	Hydrocortisone Cream for bites, stings, and rashes. (Crema Hydrocortisone para mordeduras, picaduras y salpullidos).
<input type="checkbox"/> YES (SI) <input type="checkbox"/> NO	Topical Oral Anesthetic (Like Oragel or Anbesol) for toothache. (Para dolor de muelas)
<input type="checkbox"/> YES (SI) <input type="checkbox"/> NO	Antibiotic Ointment (Like Neosporin) for abrasions. (Para irritación de la piel)
<input type="checkbox"/> YES (SI) <input type="checkbox"/> NO	I give the nurse permission to exchange information with my child's healthcare provider. All information will be kept strictly confidential and used only to provide appropriate individualized healthcare services for my child while in school. (La enfermera tiene mi permiso para intercambiar información con el proveedor de salud de mi niño/a. Toda la información será estrictamente confidencial y usada solamente para ofrecer un servicio de salud de manera individual y adecuada para mi niño/niña mientras esté en la escuela.)
<input type="checkbox"/> YES (SI) <input type="checkbox"/> NO	I give the nurse permission to release to Medicaid any information necessary for reimbursement services at no cost to me, the parent/ guardian. I understand that this will NOT affect any services my child receives. (Doy mi permiso para que cualquier información necesaria sea dada a Medicaid para reembolso de servicios proveídos por la enfermera sin costarme nada a mi como padre o guardián legal. Comprendo que esto NO afectará ninguno de los servicios que mi niño reciba)

Parent / Guardian Signature _____ Date _____