

Student Information/Emergency Medical Care Card

Previously collected information appears in the shaded boxes. Please make changes in the space provided.

Student's Last Name:

Legal First Name:

Preferred First Name:

Middle Name:

Street Address:

City:

State:

Zip Code:

Mailing Address:

City:

State:

Zip Code:

Phone Number:

Gender:

:

Date of Birth:

Birthplace:

Date of Entry(US):

Primary Language: (Circle One) English Spanish Both Other: _____

Preferred Language for letters sent home: (Circle One) English Spanish

Previous School (If not LCSD):

City & State:

Family Physician:

Physician Phone:

Known Medical Conditions/Concerns/Allergies:	Special Instructions:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Minor Injury

I understand that in case of minor injury, school district personnel shall administer first aid and send my child back to class.

Serious Injury (but not threatening to life, limb, or digit)

In the event my child is in pain or requires medical treatment beyond first aid for a serious, but not life/limb/digit threatening injury (as determined by appropriate school personnel). I understand the school district will attempt to contact me (or any additional contacts I have listed) so that medical treatment can be obtained for my child.

Severe Injury (threatening to life, limb, or digit)

In the event my child suffers a severe injury or illness requiring immediate medical attention (as determined by appropriate school personnel), I understand that school district personnel will call 911 to notify emergency health personnel. School district personnel will then attempt to call me (or any additional contacts I have listed).

I hereby authorize, consent to, and agree to be responsible for any costs associated with; the transportation of my child, including ambulance service and any medical tests, procedures and/or treatment performed on my child as deemed necessary by a medical health professional.

I understand that school district personnel cannot be held liable for any good faith effort to provide emergency care or assistance to my child or any charges incurred relating to this care.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Signing this document authorizes treatment for your child and/or transportation to a medical care facility.

Tarjeta de Informacion y del Cuidado Medico de Emergencia para el Estudiante

La informacion previamente recogida aparece en cajas sombreadas. Favor de marcar los cambios en los cuadrados vacios.

Apellido del Estudiante:

Primer Nombre Legal:

Nombre Preferido:

Segundo Nombre:

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Direccion Postal:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono - Casa:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Entrada (US):

Idioma Primario: (Marque Uno) *Ingles* *Espanol* *Ambos* *Otro:* _____

El Idioma preferido para Cartas Mando en casa: (Marque Uno) *Ingles* *Espanol*

La Escuela previa (Si no LCSD):

Ciudad & Estado:

Medico de Familia:

Telefono del Medico:

Condiciones/Precupaciones/Alergicas Medicas

Instrucciones especiales :

Lesiones de Menor Importancia

Yo entiendo que en caso de una lesion de menor importancia, el personal de escuela primero le va a atender al estudiante y despues que serecupere, lo va a manda a regreso a clase.

Lesion Seria (pero no amenazante para la vida o para un miembro del cuerpo)

En el caso en que mi hijo/a tenga un dolor fuerte, o en que necesite mas tratamiento medico intensivo aparte de lo que le puede proporcionarla atencion medica de primeros auxilios, debido a un lesion seria pero no amenazante para la vida o para un miembro del cuerpo, (todo eso como determinado por el personal de escuela apropiado), yo entiendo que el distrito escolar va a intentar a comunicarse conmigo (o cualesquieres contactos adicionales que haya enumerado abajo) para que yo pueda conseguir tratamiento medico a mi hijo/a.

Lesion Severa (amenazantes para la vida o para un miembro del cuerpo)

En el caso en que mi hijo/a sostenga una lesion severa o enfermedad graves que requiere la atencion medica inmediata (como determinado por el personal de escuela apropiado), yo entiendo que la escuela llamara 911 para notificar a un personal de emergencias de la salud. Luego, el personal de escuela intentara a comunicarse conmigo (o con cualesquieres contactos adicionales que haya enumerado abajo).

Yo, por estas palabras, doy mi consentimiento, y estoy de acuerdo con ser responsable para los costos asociados con, el transporte de mi hijo/a, incluyendo el servicio de la ambulancia, y cualquier prueba medica y/o tratamiento necesario de acuerdo con lo que determine el profesional de la salud medica.

Yo entiendo que el distrito escolar no puede ser declarado responsable para cualquier esfuerzo de "good faith" (de la buena fe) en cuanto a lproporcionar a su hijo/a con el cuidado de emergencia y que no puede ser declarado responsable para los costos incurridos de tal cuidado.

Firma de Padre/Madre or Tutor: _____ **Fecha:** _____

La firma en este documento autoriza el tratamiento para su nino y/o el transporte a un lugar de asistencia medica.

Previously collected information appears in the shaded boxes. Please make changes in the space provided.

Parent/Guardian 1 Name:

Relationship (circle one):

Mother Father Stepmother Stepfather Grandmother Grandfather
Aunt Uncle Legal Guardian Other: _____

Lives with Student:

Yes No

Work Phone:

Cell Phone:

Other Phone:

Language used on Phone:

(Circle One) English Spanish Both Other: _____

Employer:

Send Mailings:

Yes No

Mailing Address:

If mailings are desired

Email Address:

Parent/Guardian 2 Name:

Relationship (circle one):

Mother Father Stepmother Stepfather Grandmother Grandfather
Aunt Uncle Legal Guardian Other: _____

Lives with Student:

Yes No

Work Phone:

Cell Phone:

Other Phone:

Language used on Phone:

(Circle One) English Spanish Both Other: _____

Employer:

Send Mailings:

Yes No

Mailing Address:

If mailings are desired

Additional Contact 1 Name:

Relationship (circle one):

Mother Father Stepmother Stepfather Grandmother Grandfather
Aunt Uncle Legal Guardian Other: _____

Home Phone:

Work Phone:

Other Phone:

Language used on Phone:

(Circle One) English Spanish Both Other: _____

Additional Contact 2 Name:

Relationship (circle one):

Mother Father Stepmother Stepfather Grandmother Grandfather
Aunt Uncle Legal Guardian Other: _____

Home Phone:

Work Phone:

Other Phone:

Language used on Phone:

(Circle One) English Spanish Both Other: _____

Tarjeta de Informacion y del Cuidado Medico de Emergencia para el Estudiante

La informacion previamente recogida aparece en las cajas sombreadas. Favor de marcar los cambios en los cuadrados vacios.

Nombre de Padres/Tutores: [Sombreado]

Relacion (marque uno): [Sombreado] Madre Tia Padre Tio Madrastra Tutor Legal Padrastra Tutor Legal Abuela Otro: _____ Abuelo

Vive con el Estudiante: [Sombreado] Si No

Trabaje Telefono: [Sombreado]

Telefono Celular: [Sombreado]

Otro Telefono: [Sombreado]

Idioma Primario en el Telefono: [Sombreado] (Marque Uno) Ingles Espanol Ambos Otro: _____

Empleador: [Sombreado]

Envie el correo: [Sombreado] Si No

Direccion para enviar correo: [Sombreado]

Email: [Sombreado]

Nombre de Padres/Tutores: [Sombreado]

Relacion (marque uno): [Sombreado] Madre Tia Padre Tio Madrastra Tutor Legal Padrastra Tutor Legal Abuela Otro: _____ Abuelo

Vive con el Estudiante: [Sombreado] Si No

Trabaje Telefono: [Sombreado]

Telefono Celular: [Sombreado]

Otro Telefono: [Sombreado]

Idioma Primario en el Telefono: [Sombreado] (Marque Uno) Ingles Espanol Ambos Otro: _____

Empleador: [Sombreado]

Envie el correo: [Sombreado] Si No

Direccion para enviar correo: [Sombreado]

Nombre Adicional del Contacto: [Sombreado]

Relacion (marque uno): [Sombreado] Madre Tia Padre Tio Madrastra Tutor Legal Padrastra Tutor Legal Abuela Otro: _____ Abuelo

Telefono Casa: [Sombreado]

Trabaje Telefono: [Sombreado]

Otro Telefono: [Sombreado]

Idioma Primario en el Telefono: [Sombreado] (Marque Uno) Ingles Espanol Ambos Otro: _____

Nombre Adicional del Contacto: [Sombreado]

Relacion (marque uno): [Sombreado] Madre Tia Padre Tio Madrastra Tutor Legal Padrastra Tutor Legal Abuela Otro: _____ Abuelo

Telefono Casa: [Sombreado]

Trabaje Telefono: [Sombreado]

Otro Telefono: [Sombreado]

Idioma Primario en el Telefono: [Sombreado] (Marque Uno) Ingles Espanol Ambos Otro: _____