

**HEALTH ROOM EMERGENCY INFORMATION FORM
COATESVILLE AREA SCHOOL DISTRICT**

Last Name _____ First Name _____ Birthdate _____ Grade/Rm _____

Home Address _____ City _____ Zip _____ Home Phone _____

Student lives with (CIRCLE): Mother Father Guardian Guardian's Name _____

Mother's Name _____ Father's Name _____

Employer _____ Employer _____

Work # _____ Cell # _____ Work # _____ Cell # _____

Email _____ Email _____

If PARENT/GUARDIAN CANNOT BE REACHED, CONTACT:

Name _____ Relationship to Student _____ Daytime Phone Number _____

1. _____

2. _____

MEDICATION PERMISSION (check if giving permission):

____ Acetaminophen (generic Tylenol)	____ Essence of Peppermint
____ Ibuprofen (generic Advil)	____ Cough suppressant (Generic Mucinex)
____ Diphenhydramine (generic Benadryl)	____ Antibiotic Ointment
____ Antacid tablet/liquid	____ Throat Lozenges/Throat spray
____ Pepto-Bismol (HS only)	____ Hydrocortisone Cream/Anti itch lotion

MEDICAL HISTORY (Please circle response and give details if answering YES):

Is your student allergic to **ANYTHING**? **YES NO** Please list reaction and treatment _____

Does your child need an **EPIPEN** for any of these allergies? **YES NO** Which allergy? _____

Does your student regularly take any medication at **HOME or at SCHOOL**? **YES NO** If yes, what is medication and what is it for? _____

PLEASE CIRCLE ANY CURRENT MEDICAL CONDITIONS OR CONCERNS: ASTHMA DIABETES SEIZURES LYME

HEART PROBLEMS ADD/ADHD ANXIETY/DEPRESSION MIGRAINE WEARS GLASSES/CONTACTS

OTHER: _____

Doctor _____ Phone _____ Last visit _____

Dentist _____ Phone _____ Last visit _____

Other doctor/specialist _____ Phone _____ Last visit _____

INSURANCE INFORMATION: Company _____ Policy # _____

Does your student have (CIRCLE): Dental Insurance YES NO Vision Insurance YES NO

Documentation of a **PHYSICAL EXAM** is required for **K, 6th and 11th grades (and students who are new to the school with no recent exam) by January 1** of the school year. The exam can be dated from up to one year prior to the start of school.

Documentation of a **DENTAL EXAM** is required for **K, 3rd, and 7th grades by January 1** of the school year. The exam can be dated from up to one year prior to the start of school.

_____ I also give my permission for the information on this form to be shared with appropriate school personnel. I authorize the health personnel to release to, and obtain information from, the family health care provider (immunizations, diagnoses, treatment, exams).

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL SALA DE SALUD DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE COATESVILLE

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Dirección de casa: _____ Teléfono: _____

El estudiante vive con (CÍRCULO): Madre Padre Tutor Nombre del tutor _____

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____

Empleador _____ Empleador _____

N.º de celular _____ N.º de celular _____

Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

SI NO SE PUEDE COMUNICAR CON EL PADRE/TUTOR, CONTACTE:

Nombre Relación con el estudiante Número de teléfono durante el día

1. _____

2. _____

PERMISO PARA MEDICAMENTOS (marque si está dando permiso):

_____ Acetaminofén (Tylenol genérico)

_____ Esencia de menta

_____ Ibuprofeno (Advil genérico)

_____ Supresor de la tos (Mucinex genérico)

_____ Difenhidramina (Benadryl genérico)

_____ Ungüento antibiótico

_____ Pastilla/líquido antiácido

_____ Pastillas para la garganta/aerosol para la garganta

_____ Pepto-Bismol (solo escuela secundaria)

_____ Crema de hidrocortisona/ Loción antipicazón

ANTECEDENTES MÉDICOS (Marque la respuesta con un círculo y proporcione detalles si respondió SÍ): ¿Es su estudiante alérgico a ALGO? SÍ NO Por favor indique la reacción y el tratamiento _____

¿Necesita su hijo un EPIPEN para alguna de estas alergias? SÍ NO ¿A qué alergia? _____

¿Su estudiante toma regularmente algún medicamento en CASA o en la ESCUELA? SÍ NO En caso afirmativo, ¿qué es un medicamento y para qué sirve? _____

POR FAVOR CIRCULE CUALQUIER CONDICIÓN O PREOCUPACIÓN MÉDICA ACTUAL: ASMA DIABETES
CONVULSIONES LYME PROBLEMAS DEL CORAZÓN TRASTORNO DE ATENCIÓN ANSIEDAD/DEPRESIÓN
MIGRAÑA GAFAS/ CONTACTOS OTRO: _____

Médico _____ Teléfono _____ Última visita _____

Dentista _____ Teléfono _____ Última visita _____

Otro médico/especialista _____ Teléfono _____ Última visita _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Compañía _____ Póliza # _____

¿Tiene su estudiante (CÍRCULO): Seguro dental SÍ NO Seguro de visión SÍ NO

Se requiere documentación de un EXAMEN FÍSICO para los grados K, 6 y 11 (y estudiantes nuevos en la escuela sin un examen reciente en archivo) antes del 1 de enero del año escolar. El examen puede tener una fecha de hasta un año antes del inicio de clases.

Se requiere documentación de un EXAMEN DENTAL para los grados K, 3 y 7 antes del 1 de enero del año escolar. El examen puede tener una fecha de hasta un año antes del inicio de clases.

_____ También doy mi permiso para que la información en este formulario se comparta con el personal escolar apropiado. Autorizo al personal de salud a divulgar y obtener información del proveedor de atención médica familiar (vacunas, diagnósticos, tratamientos, exámenes).

Firma del padre/tutor legal

Fecha