

# HEALTH CENTER EMERGENCY/CONTACT INFORMATION

**Student's Name** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
(Last) (First)

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Language:  English  Spanish  ASL  Other \_\_\_\_\_  
(Month) (Day) (Year)

Address: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Video Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Resides with: Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_ Stepfather \_\_\_\_\_ Stepmother \_\_\_\_\_ Guardian \_\_\_\_\_

Language spoken at home: \_\_\_\_\_

**Father/Guardian Name** \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Work Phone Number \_\_\_\_\_

**Mother/Guardian Name** \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Work Phone Number \_\_\_\_\_

**Medicaid:** Yes or No (if yes, please provide policy number) \_\_\_\_\_

**Medical Insurance:** \_\_\_\_\_

**Medical Policy Number** \_\_\_\_\_ **Social Security Number** \_\_\_\_\_

**Allergies:** Food \_\_\_\_\_ Sting Allergies \_\_\_\_\_ Drugs/Medications \_\_\_\_\_

**Medication(s):** \_\_\_\_\_

If your child has any health conditions or concerns, please describe below.

\_\_\_\_\_

Name of Physician \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Name of person to contact if parent/guardian unavailable:

1. \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone number)

2. \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone number)

I/We give permission for my/our child for the following:

1. Intradermal test for Tuberculosis at regular intervals as directed by the NJ Dept. of Health.
2. Annual scoliosis examination to be done by school physician.
3. Treatment in the Student Health Center including administering medication as prescribed by the school physician and the student's personal physician.
4. Cerumen removal (earwax) and medical clearance for hearing aids, assistive devices and ear molds.
5. Emergency treatment in the hospital emergency room or doctor's office when necessary including the administration of tetanus toxoid, medication as well as taking diagnostic x-rays.

Parent Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO / EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Último) (primero)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma:  inglés  español  ASL  Otro \_\_\_\_\_  
(Mes día año)

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Video Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Reside con: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Padrastro \_\_\_\_\_ Madrastra \_\_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_\_

Idioma hablado en casa: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la madre / tutor \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Medicaid: Sí o No (en caso afirmativo, proporcione el número de póliza) \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza médica \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Alergias: alimentos \_\_\_\_\_ Alergias agudas \_\_\_\_\_ Drogas / Medicamentos \_\_\_\_\_

Medicamento (s): \_\_\_\_\_

Si su hijo tiene alguna condición o inquietud de salud, describa a continuación.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a contactar si el padre / tutor no está disponible:

1. \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación) (Número de teléfono)

2. \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación) (Número de teléfono)

Yo / Nosotros damos permiso a mi / nuestro hijo para lo siguiente:

1. Prueba intradérmica de tuberculosis a intervalos regulares según las indicaciones del Departamento de Salud de NJ.
2. Examen anual de escoliosis a cargo del médico de la escuela.
3. Tratamiento en el Centro de Salud del Estudiante, incluida la administración de medicamentos según lo prescrito por el médico de la escuela y el médico personal del estudiante.
4. Extracción de cerumen (cerumen) y autorización médica para audífonos, dispositivos de asistencia y moldes auditivos.
5. Tratamiento de emergencia en la sala de emergencias del hospital o en el consultorio del médico cuando sea necesario, incluida la administración de toxoide tetánico, medicamentos y tomar radiografías de diagnóstico.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_