

La Joya Independent School District

Medical History and Emergency Information

Migrant: Yes ___ No ___

Campus: _____ School Year: _____

Student Name: _____ D.O.B.: _____ I.D.# _____ Grade: _____

Mailing Address: _____

Physical Address: _____

In case of emergency or sudden illness during school hours a designated person is required:

Relationship	Name	Phone Number		Beeper/Cell Phone
		Home	Work	
Mother				
Father				
Grandparent				
Aunt/Uncle				
Neighbor				

Only the above named persons will be allowed to take your child out of school. A signature and picture ID may be required. Any changes or additions must be in writing by the parent or guardian.

Medical History

Allergies _____ **Family Doctor** _____

Childhood Diseases	Problems with:	Child		Family	
		Child	Family	Child	Family
Chicken Pox (Date)	Asthma			Skin	
Measles (Regular)	Convulsions			Ears	
Measles (Rubella)	Diabetes			T.B.	
Meningitis	Epilepsy			Tonsillitis	
Mumps	Eyes			Stomach	
Scarlet Fever	Heart			Kidney/Urinary	
Whooping Cough	Bones			Cancer	
Polio	Lung Disease			Nervous Disorder	
Rheumatic Fever	High Blood Pressure			Intestines	
Other:	Cerebral Stroke			Other:	
Surgeries:					
Daily Medications:					

A signed consent from the parent or guardian is required to administer medication. It must be in the original container. No medication from Mexico can be given. Students under 18 are not allowed to bring their own medication. An initial parent visit is required and any long-term daily medication requires a prescription from a U.S. physician. Please see the school nurse to facilitate any other medical needs.

The information above is complete and accurate to the best of my knowledge.

Parent's Signature

Date:

Distrito Escolar de La Joya

Historia Médica y Información de Emergencia Migrante: Si ____ No ____

Escuela: _____ Año Escolar: _____

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento _____ ID# _____ Grado _____

Dirección de Correspondencial: _____

Dirección Física: _____

En caso de emergencia o enfermedad durante las horas escolares, una persona designada es requerida.

Parentesco	Nombre	Teléfonos		Celular/Beeper
		Casa	Trabajo	

Sólo las personas nombradas arriba serán permitidas sacar a su hijo(a) fuera de la escuela. Para la protección de su hijo(a), la firma y una tarjeta de identificación será requerida. Cualquier cambio o adición deben ser autorizados por los padres o guardián del alumno.

Información Médica

Alergias: _____ **Médico de la Familia:** _____

Enfermedad	Problemas con:	Niño	Familia	Problemas con:	Niño	Familia
Viruela (fecha)	Asma			Piel		
Sarampión	Convulsiones			Oídos		
Rubeola	Diabetis			Tuberculosis		
Meningitis	Epilepsia			Tonsilitis		
Paperas	Ojos			Estómago		
Escarlatina	Corazón			Riñón/Vejiga		
Tos Ferina	Huesos			Cáncer		
Polio	Pulmones			Trastorno Nervioso		
Fiebre Reumática	Alta Presión			Intestino		
Otras:	Ataque Cerebral			Otros:		
Cirugías:						
Medicamento Diario:						

Un consentimiento por escrito de los padres o guardián será requerido para administrar cualquier medicamento. La medicina debe estar en el envase original. Medicina de México no se administrará. Estudiantes menores de 18 años no se les permitirá traer su propio medicamento. Una visita de los padres es requerida para administrar tratamiento diario y se necesitará una orden de un médico de los Estados Unidos. Favor de consultar a la enfermera escolar para cualquier otra necesidad médica. La información que he dado es completa y correcta según mi leal saber y entender.

Firma de Padres

Fecha: