

# Tulare Joint Union High School District

## PLEASE PRINT Student Emergency Contact Information / Información de Emergencia

**2021-2022**

Student ID # (office use only):	Grade / Grado:	Date / Fecha:	
Last Name / Apellido Paternal	First Name / Nombre de Pila	DOB / Fecha de Nacimiento	
Address / Dirección de Casa	City / Ciudad	State / Estado	Zip / Código Postal
<p>In case of accident, illness, or injury, the school nurse or administrator is authorized to contact the individuals designated below. <b>Every individual so designated shall have the authority to make all decisions regarding the student's health and welfare.</b> Please number each emergency contact in order of the desired communication (1, 2, 3, 4, 5, etc.).</p> <p>In the event of an emergency, illness or accident and I cannot be reached, you are authorized to have the above named student treated / hospitalized as deemed necessary by any licensed physician, surgeon, or hospital. I further authorize releases of the above named student to the school representative. I understand this authorization shall remain in effect for the entire high school career unless revoked by me in writing. I will notify the nurse's office of phone or address changes when necessary.</p> <p><b>Note: Parent / Guardian is liable for all medical expenses. The school does not carry insurance.</b></p> <p>En caso de emergencia, enfermedad, o accidente, la enfermera o administrador está autorizado para comunicarse con las personas indicadas. <b>Cada persona designada tendrá la autoridad de hacer decisiones respeto a la salud y bienestar del alumno arriba nombrado.</b> Por favor clasifique cada contacto de emergencia en el orden de la comunicación deseada (1, 2, 3, 4, 5, etcétera).</p> <p>En caso de que haya una emergencia, enfermedad o accidente y no pueda ser localizado, tiene mi autorización de tratar y hospitalizar al alumno según se considere necesario por cualquier medico con licencia, cirujano u hospital. Asimismo, autoriza comunicación del estudiante, al representante de la escuela. Entiendo que esta autorización permanecerá en práctica durante el año escolar a menos que sea revocada por mí por escrito. Voy a notificar a la oficina de la enfermera de los cambios de teléfono o dirección cuando sea necesario.</p> <p><b>Nota: Padre / Tutor es responsable por todos los gastos médicos. La escuela no provee seguro médico.</b></p>			
<p>Student Medical Alert / Alerta Médica Estudiantil:</p> <p>_____</p> <p>List health issues the school should be aware of. / Haga una lista de cuestiones de salud que la escuela deben saber.</p>			
order orden ( ) Father's Name / Nombre de Padre	_____ Work # / # de Trabajo	_____ Home # / # de casa	_____ Cell # / # de Celular
order orden ( ) Mother's Name / Nombre de Madre	_____ Work # / # de Trabajo	_____ Home # / # de casa	_____ Cell # / # de Celular
order orden ( ) Step Mother/Father / Madrasta/Padrastro	_____ Work # / # de Trabajo	_____ Home # / # de casa	_____ Cell # / # de Celular
order orden ( ) Emergency Contact Name / Nombre del Contacto de Emergencia	_____ Day # / # Durante el Día	_____ Relationship / Relación	
order orden ( ) Other Emergency Contact Name / Nombre de Otro Contacto de Emergencia	_____ Day # / # Durante el Día	_____ Relationship / Relación	
order orden ( ) Other Emergency Contact Name / Nombre de Otro Contacto de Emergencia	_____ Day # / # Durante el Día	_____ Relationship / Relación	
order orden ( ) Other Emergency Contact Name / Nombre de Otro Contacto de Emergencia	_____ Day # / # Durante el Día	_____ Relationship / Relación	
order orden ( ) Doctor's Name / Nombre del Medico/Doctor	_____ Doctor's # / # del Medico / Doctor		
_____ Name of Medical Insurance Company / Nombre de Compañía de Seguro Médico		_____ Parent Signature / Firma del Padre o Tutor	