

OFFICE USE ONLY  
ID# \_\_\_\_\_

**ANGLETON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
EMERGENCY INFORMATION CARD  
2009 - 2010**

Student's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
Last First Middle Month Day Year

Physical Address \_\_\_\_\_ Home Phone ( ) \_\_\_\_\_  
Number Street name Apt. # City State Zip code

Mailing Address \_\_\_\_\_ E-Mail Address \_\_\_\_\_  
Number/P.O. Box Street name Apt. # City State Zip code

Father/Guardian \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Last First Daytime/work phone Cell phone or pager

Address \_\_\_\_\_  
Number/P.O. Box Street name Apt. # City State Zip code

Father/Guardian Employer \_\_\_\_\_  
Name Address Phone number

Mother/Guardian \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Last First Daytime/work phone Cell phone or pager

Address \_\_\_\_\_  
Number/P.O. Box Street name Apt. # City State Zip code

Mother/Guardian Employer \_\_\_\_\_  
Name Address Phone number

**Person(s) to call in case of emergency, illness and/or those allowed to pick up child or give medication if parent is not available.**

- |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. _____<br>Name                 | 2. _____<br>Name                 | 3. _____<br>Name                 |
| _____<br>Address                 | _____<br>Address                 | _____<br>Address                 |
| _____<br>Relationship to student | _____<br>Relationship to student | _____<br>Relationship to student |
| _____<br>Daytime phone           | _____<br>Daytime phone           | _____<br>Daytime phone           |
| _____<br>Cell phone or pager     | _____<br>Cell phone or pager     | _____<br>Cell phone or pager     |

**In case of an accident or serious illness, I request school personnel to contact me. If I cannot be reached, I authorize the school administration to arrange for all necessary medical services for my child on my behalf and I will be responsible for all medical costs incurred. In the case of a medical emergency, I agree that my child will be transported to the nearest hospital emergency room by ambulance or private vehicle. I give my consent for the exchange of confidential medical information, contained in my child's school health records with EMS personnel and/or hospital personnel. I also give my consent for the exchange of information contained on this form and in my child's school health record with other school personnel involved with the care of my child as needed.**

Family Doctor \_\_\_\_\_  
Name Address Phone number

Does your child have any allergies to food, environmental substances, inhalants, insects or medication school personnel should know about? \_\_\_\_\_

If so, please list \_\_\_\_\_

Please list any medications that your child takes on a regular basis \_\_\_\_\_

Please list any health or medical conditions that may affect your child in school \_\_\_\_\_

**No person(s), other than those listed above will be allowed to pick up a student. Those persons picking up a student will be asked to show some form of identification before the student will be released. (If someone other than those listed above are to pick up a student, the student must bring a signed note from his/her parent/guardian giving permission for that person to do so.) In case of illness or injury the parent/guardian may give verbal consent for another adult to pick up student.**

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian signature Date

USO DE OFICIAN SOLAMENTE  
ID# \_\_\_\_\_

**ANGLETON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
TARJETA DE INFORMACION DE EMERGENCIA  
2009 - 2010**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección Física \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número Calle # de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Número/P.O. Box Calle # de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Teléfono De Día/Trabajo Celular o beeper

Dirección \_\_\_\_\_  
Número/P.O. Box Calle # de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Empleador del Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Número de Teléfono

Madre/Guardián \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Teléfono De Día/Trabajo Celular o beeper

Dirección \_\_\_\_\_  
Número/P.O. Box Calle # de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Empleador del Madre/Guardián \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Número de Teléfono

**Persona(s) para llamar en caso de emergencia, enfermedad, y/o esas a las que se les permite recoger al niño o dar medicamento en caso de que el padre no este disponible.**

1. _____ Nombre	2. _____ Nombre	3. _____ Nombre
_____ Dirección	_____ Dirección	_____ Dirección
_____ Relación con el estudiante	_____ Relación con el estudiante	_____ Relación con el estudiante
_____ Numero de teléfono durante el día	_____ Numero de teléfono durante el día	_____ Numero de teléfono durante el día
_____ Teléfono celular - beeper	_____ Teléfono celular - beeper	_____ Teléfono celular - beeper

**A ninguna(s) persona(s), solamente a las que están en la lista de arriba se les permitirá recoger al estudiante. A esas personas que recojan al estudiante se les pedirá que muestren alguna forma de identificación antes que al estudiante se le permita ser recogido. (Si alguna otra persona de la que no está en la lista de arriba viene a recoger al estudiante, el estudiante deberá traer una nota firmada del padre de familia/guardián dando el permiso para que esa persona lo haga.) En caso de enfermedad o daño el padre de familia/guardián puede darle consentimiento verbal a otro adulto para que recoja al estudiante.**

Doctor de la Familia \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Número de Teléfono

¿Es su hijo/a alérgico a alimentos, sustancias del medio ambiente, inhaladores, insectos o medicamento de los cuales el personal de la escuela deba saber? \_\_\_\_\_

Si es, por favor indique a cuales \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de las medicinas que su hijo/a toma normalmente \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de las condiciones médicas o de salud que pueda afectar a su hijo/a en la escuela \_\_\_\_\_

**En caso de un accidente o de una enfermedad seria, Yo le pido al personal de la escuela a que se comuniquen conmigo. Si no puedo ser localizado/a, Yo autorizo a la administración de la escuela a que arregle todos los servicios médicos necesarios para mi hijo/a de mi parte y Yo seré responsable por todos los gastos médicos incurridos. En caso de una emergencia médica, Yo estoy de acuerdo que mi hijo/a va a ser transportado a la sala de urgencias del hospital más cercano por ambulancia o por vehículo privado. Yo doy mi consentimiento para el intercambio de la información médica confidencial, contenida en los expedientes de salud escolares de mi hijo/a con el personal de EMS y/o con el personal del hospital. Yo también doy mi consentimiento para el intercambio de información contenida en este formulario y en el expediente de salud escolar de mi hijo/a con otro personal escolar involucrado con el cuidado de mi hijo/a a como sea necesario.**

Padre de Familia/Guardián

Fecha