Kaufman ISD Health Information and Emergency Care Authorization
Kaufman ISD Información de Salud y Cuidado de Emergencia

Name/Nombre:_____Grade/Grado:_____
Address/Dirección_____

Home Phone/Teléfono de casa: _____DOB:_____
Mother's Name/Nombre de Madre:_____
Mother's Phone/ Teléfono de Madre #1 _____
Father's Name/Nombre de Padre:_____
Father's Phone/ Teléfono de Padre #1_____
AlternateEmergencyContact/ContactodeEmergenciaAlternative:_____
Relationship/Relación_____
Physician/ Médico:_____Phone/Telefono_____
HospitalPreference/PreferenciadeHospital:_____
Phone/Telefono:_____

By signing this consent, I authorize the school to call a physician or to transport my child to the designated hospital if neither I nor the alternate adult can be reached in case of an emergency. I acknowledge that the school does not assume any financial responsibility. Firmando esta tarjeta, yo autorizo a la escuela para llamar un médico o para transporter a mi niño al hospital designado si ni yo ni el adulto alternos se puede alcanzar en caso de una emergencia..

Signature Parent/ Guardian_____Date:_____

Please check all illnesses or conditions that your student has: Por favor verifique todas enfermedades o condiciones que tiene el estudiante:

- Medications/Medicinas:_____
- Asthma/Asma_____
- ADD/ADHD_____
- Diabetes/Diabetes_____
- Allergies/Alergias_____
- Frequent Ear Infections/ Infección de oído_____
- Heart Condition/ Condicion de Corazón_____
- Epilepsy/Epilepsia_____
- Kidney Problems/Enfermedades del riñón_____
- Frequent Nosebleeds/Sangramiento de la nariz frecuente_____
- Frequent Urination/-Bladder Problems/Orina frecuente_____
- Headaches/Migraines/Migrañas_____
- Stomach Aches/Dolor de estómago_____
- Physical Handicaps/ Desuentajas fisicas_____
- Explain/Explique _____
- _____
- Operations or serious illnesses/Operaciones o enfermedades gravas_____
  _____

Date/Fecha:_____Signature of Parent/Guardian:_____Firma del padre/guardian

Rev. 5-22-2019