



**SUSD Health Services  
Emergency & Health Information**

Stockton Unified School District

Teacher:	Date Rev.	IHCP Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Student ID:	Grade	

In case of emergency, illness or accident to: Student's Name  
the school is authorized to proceed as indicated below:

DOB (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**CALL FIRST**

PRIMARY GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
Name Relationship ( ) - ( ) -  
Work Phone Cell Phone

CALL SECOND: \_\_\_\_\_  
Name Relationship ( ) - ( ) -  
Work Phone Cell Phone

CALL THIRD: \_\_\_\_\_  
Name Relationship ( ) - ( ) -  
Work Phone Cell Phone

CALL FOURTH: \_\_\_\_\_  
Name Relationship ( ) - ( ) -  
Work Phone Cell Phone

PHYSICIAN: \_\_\_\_\_  
Name Address Phone Number

If it is not possible to contact any of the above listed persons, I hereby authorize transportation to the nearest medical facility for such emergency medical treatment as deemed necessary for the safety and protection of my child, but not at the expense of the school.

**THIS INFORMATION MUST BE COMPLETED YEARLY SO THAT THE SCHOOL  
CAN ACT ON YOUR BEHALF IN THE EVENT OF A MEDICAL EMERGENCY**

Emergency & Health Information 06/25/2019 • #0028400

**PLEASE TURN OVER AND FILL OUT BACK OF THIS FORM**

I understand that the school district does not provide medical insurance for student injuries but does make voluntary student insurance available. I have received the information on this program.  Yes  No

**PLEASE CHECK ONLY THOSE THAT APPLY: SUSD Health Services may be contacting you for a follow up.**

- ADHD/ADD: Requires medication? Yes  No  Given at School? Yes  No
- Asthma: Requires medication/inhaler? Yes  No  Given at School? Yes  No
- Severe Allergies: Severely allergic to: \_\_\_\_\_ Requires Epi-Pen? Yes  No   
Symptoms that occur: \_\_\_\_\_
- Diabetes: Type I  Type II  Medications: Oral  Injection  Pump  Given at School? Yes  No
- Heart Problems: Diagnosis: \_\_\_\_\_ Requires medication? Yes  No  Given at School? Yes  No   
Physical Restrictions? \_\_\_\_\_
- Orthopedic: Orthopedic Condition: \_\_\_\_\_ Physical Limitations? \_\_\_\_\_
- Seizure Disorder: Date of last seizure: \_\_\_\_\_ Requires medication? Yes  No  Given at School? Yes  No
- Vision: Wears Glasses? Yes  No

Please list any other important health or behavioral information that may affect your child while at school that we should be aware of:

Calif. Ed. Code 49423- Students taking medication at school need an **"Authorization for Medication"** form completed annually. This form must be on file with the school before medication can be given.

**Student Has no Health Insurance or Medi-Cal**

Health Insurance / Medi-Cal: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Under the Local Education Agency (LEA) Billing Options Program for covered health related services in a child's IEP/504/Health Care Plan, your student's public insurance program may be access and provided to a school district's LEA Billing Agency to cover health related services. These services may or may not be related to your child's IEP/504/Health Care Plan services. These services will not impact your child's Medi-Cal coverage. Services will be covered at no cost to the parent. Parents and Guardians may withdraw consent for the LEA Billing Options Program at any time by notifying Health Service Department in writing at 975 North D Street, Stockton Ca. 95206

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**SUSD Health Services  
Emergency & Health Information**

Stockton Unified School District

Maestro:	Fecha Rev.	IHCP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estudiante ID:	Grado	

En caso de emergencia, enfermedad o accidente: Student's Name  
la escuela está autorizada a proceder como se indica a continuación: **DOB (dd/mm/yyyy)** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**PRIMERA LLAMADA**

**GUARDIÁN PRIMARIO:** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

**SEGUNDA LLAMADA:**

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

**TERCERA LLAMADA:**

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

**CUARTA LLAMADA:**

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

**DOCTOR:**

\_\_\_\_\_ Nombre Domicilio Teléfono

Si no es posible ponerse en contacto con cualquiera de las personas mencionadas anteriormente, doy permiso para el transporte al centro médico más cercano para recibir tratamiento médico de emergencia que sea necesario para la seguridad y la protección de mi hijo, pero no al costo de la escuela.

**ESTA INFORMACIÓN DEBE SER LLENADA CADA AÑO PARA QUE LA ESCUELA  
PUEDA ACTUAR EN SU NOMBRE EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA**

Emergency & Health Information 06/25/2019 • #0028400

**FAVOR THE LLENAR EL LADO REVERSO**

Entiendo que el distrito escolar no proporciona seguro médico para lesiones de los estudiantes, pero tiene seguro escolar voluntario disponible. He recibido la información sobre este programa.  Sí  No

**POR FAVOR MARQUE SOLO AQUELLOS QUE CORRESPONDAN: Puede ser contactado por nosotros**

- ADHD/ADD: Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No
- Asthma: Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No
- Alergias Severas: Muy alérgico a: \_\_\_\_\_ Requiere Epi-Pen? Sí  No   
Los síntomas que ocurren: \_\_\_\_\_
- Diabetes: Tipo I  Tipo II  Medicamentos: Oral  Inyección  Pump  Dado en la Escuela? Sí  No
- Problemas del Corazón: Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No   
Restricciones Físicas? \_\_\_\_\_
- Ortopédico: Condición Ortopédica: \_\_\_\_\_ Limitaciones Físicas? \_\_\_\_\_
- Convulsiones: Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_ Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No
- Vision: Usa Lentes? Sí  No

Por favor escriba cualquier otra información importante de la salud o sobre el comportamiento que puede afectar a su hijo/a en la escuela que debemos ser conscientes de:

California Ed. Código 49423 - Los estudiantes que toman medicamentos en la escuela necesita una **"Autorización para Medicamentos"** completada anualmente. Esta forma debe ser archivada en la escuela antes de la medicación se puede dar.

**Estudiante no tiene seguro médico o Medi-Cal**

Seguro Medico / Medi-Cal: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Bajo el Programa de Opciones de Facturación de la Agencia de Educación Local (LEA) para servicios cubiertos relacionados con la salud en el IEP / 504 / Plan de Atención Médica de un niño, el programa de seguro público de su estudiante puede ser accedido a la Agencia de Facturación LEA del distrito escolar para cubrir servicios relacionados con la salud. Estos servicios pueden o no estar relacionados con los servicios IEP / 504 / Health Care Plan de su hijo. Estos servicios no afectarán la cobertura de Medi-Cal de su hijo. Los servicios serán cubiertos sin costo para los padres. Los padres y tutores pueden retirar el consentimiento para el Programa de Opciones de Facturación de LEA en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Servicios de Salud al 975 North D Street, Stockton Ca. 95206

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_