YSLETA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
STUDENT HEALTH SERVICES

STUDENT EMERGENCY INFORMATION
&
CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

ID# _____

Student's Last Name | First Name | Birthdate

Home Address | Home Phone

Cell Phone / Beeper #

Mother's Name | Workplace | Work Phone

Cell Phone / Beeper #

Father's Name | Workplace | Work Phone

Emergency Contact (Relative or Friend) | Phone No.

Emergency Contact (Relative or Friend) | Phone No.

Emergency Hospital | Military Sponsor Number | Insurance Company

Medicaid Number | CHIP Number | Insurance Policy Number

List Medical Problems your child has:

List medications your child is taking:

List Allergies:

Name of Doctor prescribing medication:

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

I authorize an authority of Ysleta Independent School District to give consent to a physician and/or hospital for emergency medical and/or surgical treatment of my child for injuries/illness which require such treatment during school hours or after hours while attending school sponsored activities provided an authorized school representative is present.

I understand that YISD/YISD Representative will not assume any financial responsibility for expense for such treatment and that the school will notify us as soon as possible following an emergency, but in no way is treatment to be delayed until we have been notified.

I also authorize my child to participate in health services and screenings provided by the school.

HIPAA Compliance:

_____Yes _____NO

PARENTS:
PLEASE INITIAL CHOICE

I authorize the release of medical information regarding my child's medical condition to appropriate school personnel. I authorize the release of medical records regarding my child's condition:

Condition

Healthcare Provider

Signature of Parent/Legal Guardian | Date

WH STOCK 909066

Revised: 03/06/18

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE YSLETA
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTUDIANTIL

INFORMACION ESTUDIANTIL PARA EMERGENCIAS Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

ID# _____

Apellido Del Alumno	Nombre	Fecha De Nacimiento
Domicilio		Teléfono De Casa
		Teléfono Móbil/ Beeper #
Nombre De La Madre	Trabajo	Teléfono De Trabajo
		Teléfono Móbil / Beeper #
Nombre Del Padre	Trabajo	Teléfono De Trabajo
En Caso De Emergencia (Amigo O Pariente)		Teléfono
En Caso De Emergencia (Amigo O Pariente)		Teléfono

Hospital de Emergencia	Número Patrocinador Militar	Compania de Seguros
Numero de Medicaid	Numero de CHIP	Numero de Seguros

Problemas De Salud Del Alumno:

Medicamentos Que Toma:

Alergias Del Alumno:

Médico Que Receta Tales Medicamentos:

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Autorizo al representante de YISD a dar consentimiento para el tratamiento por un médico, cirujano, o hospital para mi hijo/hija en caso de enfermedad o accidente durante las horas escolares o actividades escolares cuando un representante de la escuela esté presente.

Entiendo que tal representante de YISD no tiene ninguna responsabilidad por los gastos de tratamiento y que la escuela nos avisará los más pronto posible de una emergencia y que no habrá ninguna demora en el tratamiento.

También doy mi consentimiento para que mi hijo/hija participe en servicios y examines de salud proveídos por la escuela.

De acuerdo con HIPAA:

_____SI _____NO

LOS PADRES: POR FAVOR INICIAL SU ELECCIÓN

Autorizo la divulgación de información médica al personal escolar apropiado con respecto a mi niño o niña. Autorizo la divulgación del expediente o documentos médicos con respecto a la condición de me niño o niña.

Condición

Proveedor de Cuidado de Salud

Firma De Padre O Guardian

Fecha

WH STOCK 909066

Revised: 03/06/18