

**DOUGLAS PUBLIC SCHOOLS/ESCUELAS PÚBLICAS DE DOUGLAS HIGH SCHOOL**  
**Emergency Information / Información de Emergencia**

Student's Name/Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Grade/Clase \_\_\_\_\_ Birthdate/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Please List Legal Parent / Guardian**  
**Por Favor Lista Padre / Guardián**

Name/Nombre Mother/Madre or Guardian	Address/Domicilio	P.O./C.P.	Tele./Teléfono
Father/Padre or Guardian			
Where Employed/Empleo	Address/Domicilio	P.O./C.P.	Tele./Teléfono
Mother/Madre or Guardian			
Father/Padre or Guardian			

In your absence, name three relatives or friends, in Douglas, who will be responsible for your child if he is hurt or become ill while at school.  
 En su ausencia, nombre tres parientes o amigos, en Douglas, que puedan ser responsables por su niño/niña si se lastima o se enferma en la escuela.

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Rela. \_\_\_\_\_ Add./Dom. \_\_\_\_\_ Tele. \_\_\_\_\_

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Rela. \_\_\_\_\_ Add./Dom. \_\_\_\_\_ Tele. \_\_\_\_\_

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Rela. \_\_\_\_\_ Add./Dom. \_\_\_\_\_ Tele. \_\_\_\_\_

Family Physician \_\_\_\_\_ Medico Familiar \_\_\_\_\_

\*\*\*Please complete back side of this card. Your signature authorizes school personnel to follow above instruction.  
 \*\*\*Por favor complete el reverso de esta tarjeta. Su firma autoriza a las autoridades escolares a cumplir con las instrucciones que aparezcan arriba.

De acuerdo con autorización de la mesa directiva escolar, la enfermera de la escuela puede dar a los estudiantes las siguientes medicinas que no requieran receta médica después de determinar las condiciones de los estudiantes y con permiso de los padres.

1. Sin Aspirina, una o dos pastillas, una vez durante el día escolar para remediar dolores menores.
2. Ungüento antibiótico para infecciones menores.

Doy permiso a la enfermera escolar para que le de las medicinas indicadas a mi niño (a).

Si                       No

Board policy permits the school nurse to give the following over-the-counter medication after evaluation of the students condition and parental permission.

1. Non Aspirin, one or two tablets, once during the school day, for minor pain.
2. Antibiotic ointment for minor infections.

I give the school nurse permission to give the above medication to my child.

Yes                       No

Alergia \_\_\_\_\_  
Medicamento / Comida / Medio Ambiente

Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_  
Medications / Foods / Environment

Parent or Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_