



PALISADES CHARTER HIGH SCHOOL

II. EMERGENCY INFORMATION

PLEASE PRINT LEGIBLY

STUDENT INFORMATION

Last Name		First Name	Grade
Home Phone	Home Language		Birth Date
Home Address (Number & Street) :			Apt. No.
City			Zip Code

PARENTAL/LEGAL GUARDIAN INFORMATION

Mother/Guardian Last Name		First Name	Daytime Phone
Email	Cell		
Business Address			
Father/Guardian Last Name		First Name	Daytime Phone
Email	Cell		
Business Address			

IN CASE YOU ARE UNABLE TO REACH ME DURING AN EMERGENCY, YOU ARE AUTHORIZED TO CONTACT AND, IF NECESSARY, RELEASE MY CHILD TO ANY OF THE FOLLOWING:

Name	Relationship	Phone
Name	Relationship	Phone
Name	Relationship	Phone
Name	Relationship	Phone

DOES YOUR CHILD HAVE ANY SIBLINGS ATTENDING PALISADES CHARTER HIGH SCHOOL:

Last Name	First Name	Grade
Last Name	First Name	Grade

Dear Parents/Guardians:

Various types of emergencies may occur during the school day. A student may become ill or get injured at Palisades Charter High School, or a disaster strikes, such as a major earthquake. During an emergency, we may need to reach you or your designated representative urgently, or your child may require immediate medical attention.

By preparing in advance, PCHS can minimize injury and confusion, and expedite effective treatment. For PCHS, having a completed emergency information card on file is essential to proper emergency preparation. Please complete an Emergency Information Card for each child attending PCHS, and return it to the Health Office as soon as possible. Thank you for your prompt attention to this important matter.

I. AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

The undersigned, as parent/legal guardian of _____, a minor, hereby authorizes the principal or designee, into whose care the aforementioned minor pupil has been entrusted, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to the student upon the advice of any licensed physician and/or dentist.

It is understood that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to Palisades Charter High School to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary. This authorization is given in accordance with Section 49407 of the California Education Code, and shall remain effective until revoked in writing and delivered to PCHS. I understand that the PCHS, its officers and its employees assume no liability of any nature in relation to the transportation of the student. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examinations, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my sole responsibility as the student's parent/guardian.

Doctor	Daytime Phone
Insurance Plan	Group or Policy Number

My Child is allergic to the following:

Any Medications Used:

Signature of Parent/Guardian

If a situation develops during the day, and it is determined that an early dismissal is in the best interest of the student, parents will be notified via the automated phone, email and text system based on the contact information supplied to the school office(s).

Check this box to allow for early release from campus, **which may include early school bus release.**

Check this box if you do not want your child to be released in this situation and we keep them on campus until 2:15pm. **Regular school bus departure may be affected.**

IN A MAJOR EMERGENCY, IT IS THE SCHOOL'S POLICY TO RETAIN STUDENTS AT PCHS FOR THEIR SAFETY. THE INFORMATION ON THIS CARD MAY BE USED BY PCHS TO RELEASE STUDENTS.

Signature of Parent/Guardian



PALISADES CHARTER HIGH SCHOOL

II. INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido	Nombre	Grado
Teléfono de casa	Primer Idioma	Fecha De Nacimiento
Dirección de casa: (Número & Calle)		Número De Apartamento
Ciudad	Código Postal	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/O GUARDIANES LEGALES

Apellido de Madre/Guardián	Nombre	Teléfono durante el día
Correo Electrónico (Email)	Teléfono Móvil	
Dirección del Trabajo		
Apellido del Padre/Guardián	Nombre	Teléfono durante el día
Correo Electrónico (Email)	Teléfono Móvil	
Dirección del Trabajo		

EN CASO DE QUE USTED NO PUEDE LOCALIZARME EN CASO DE EMERGENCIA, USTED ESTÁ AUTORIZADO A CONTACTAR Y, SI ES NECESARIO, DEJAR SALIR A MI HIJO/A CON CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

¿SU HIJO/A TIENE UN/A HERMANO/HERMANA QUE ASISTE A LA ESCUELA SECUNDARIA PALISADES CHARTER HIGH SCHOOL?

Apellido	Nombre	Grado
Apellido	Nombre	Grado

Estimados Padres / Guardianes:

Pueden ocurrir varios tipos de emergencias durante el día escolar. Un estudiante puede enfermarse o resultar herido en la escuela, u otra urgencia o desastre, como un terremoto. Durante una emergencia, es posible que necesitemos comunicarnos con usted o con su representante designado si su hijo/a requiere atención médica inmediata.

Prepararnos de antemano, puede minimizar lesiones y confusión, y acelerar el tratamiento efectivo de su hijo/a. Para Palisades Charter High School, tener una tarjeta de información de emergencia completada en el archivo es esencial para prepararse para una emergencia. Por favor complete una Tarjeta de Información de Emergencia para cada hijo/a que asiste a PCHS, y devuélvala a la Oficina de Salud tan pronto como sea posible. Gracias por su pronta atención a este importante asunto.

I. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

El firmante de abajo, como padre / tutor legal de _____, menor de edad, por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndose encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico, médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en un hospital para el alumno/a, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista.

Estoy conciente que esta autorización se extiende a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención necesaria en un hospital y otorgo la autoridad y facultad a Palisades Charter High School, de dar consentimiento a cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en el hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue a PCHS. Entiendo que PCHS, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación al transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo del transporte, de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno/a.

Doctor	Teléfono durante el día
Plan de Seguro	Número de grupo o de póliza

Mi hijo/a es alérgico a lo siguiente:

Medicamentos que usa o toma?:

Firma del Padre / Guardián

Si ocurre una emergencia durante el día, y se determina que un despido temprano es en el mejor interés del estudiante, los padres serán notificados a través del sistema automatizado de teléfono, correo electrónico y texto basado en la información de contacto suministrada a la oficina(s).

Marque esta casilla para permitir la salida anticipada de la escuela, **que puede incluir que el autobús escolar salga de la escuela temprano.**

Marque esta casilla si no desea que su hijo/a sea soltado/a de la escuela en caso de una emergencia y se quede en la escuela hasta las 2:15 pm. **La salida regular del autobús escolar puede ser**

EN UNA EMERGENCIA MAYOR, ES LA POLÍTICA DE PCHS RETENER A LOS ESTUDIANTES EN LA ESCUELA POR SU SEGURIDAD. LA INFORMACIÓN EN ESTA TARJETA PUEDE SER UTILIZADA POR EL PERSONAL PARA DEJAR SALIR A LOS ESTUDIANTES.

Firma del Padre / Guradian: