



Garth Harries
Superintendent

New Haven School Change
NEW HAVEN PUBLIC SCHOOLS

Tel: 203-936-5200
Fax: 203-946-7300

REQUIRED EMERGENCY INFORMATION
FOR NEW HAVEN SCHOOL CHILDREN

August 2015

Dear Parent/Guardian:

The attached Medical & Emergency Form is required by the Department of Health's Bureau of Nursing to provide the best possible health care for your child. We need this information filled out as completely as possible in the event that your child has a medical problem while at school.

The information allows us to respond to emergencies as well as other health concerns that may arise during the school day. Our goals are to notify you or your designated emergency contact as quickly as possible should the need occur and to ensure that we are able to respond to your child's every health care need promptly and appropriately.

Throughout the school year, if there are any changes in the telephone numbers for you or any of your emergency contacts, please notify the school secretary or nurse so that this important information will stay current and permit us to reach you if a problem arises.

If you have any questions about this form or the information requested, please contact the Bureau of Nursing at 203-946-8167. If your child does not have a medical provider or health insurance, we can assist you in finding these resources. For help getting health insurance for your child and to learn about Husky Health, the state-run insurance plan, call 203-946-8187.

Yours truly,

Garth Harries
Superintendent
New Haven Public Schools

Paul Kowalski, RS, MPH
Acting Director
New Haven Health Department



Garth Harries
Superintendent

New Haven School Change
NEW HAVEN PUBLIC SCHOOLS

Tel: 203-936-5200
Fax: 203-946-7300

INFORMACION DE EMERGENCIA REQUERIDA
PARA ESTUDIANTES DE NEW HAVEN

Agosto 2015

Estimado Padre/Encargado:

La Forma de Información Médica y de Emergencia incluida es requerida por La junta de Enfermería del Departamento de Salud, para proveer el mejor cuidado médico a su estudiante. Necesitamos que llene esta forma tanto como sea posible en caso de que su estudiante tenga algún problema médico mientras este en la escuela.

La información nos permitirá responder a emergencias y problemas de salud que se puedan presentar durante los horarios de clase. Nuestra meta es notificarle a usted o al contacto de emergencia designado tan rápido sea posible en caso de ser necesario y asegurarnos que estaremos listos para responder a cualquier necesidad de salud pueda tener de manera pronta y apropiada.

Durante el año escolar, si hay algún cambio en el número de teléfono suyo o de los contactos de emergencia, por favor notifíquelo a la secretaria escolar o enfermera para que esta información importante se mantenga actualizada y nos permita localizarlo en caso de que surja cualquier problema.

Si usted tiene alguna pregunta acerca esta forma la información solicitada, por favor comuníquese con la Junta de Enfermería al 203-946-8167. Si su estudiante no tiene proveedor de atención médica o plan médico, nosotros podemos ayudarle a obtener estos recursos. Para ayuda para obtener seguro médico para su estudiante y para conocer acerca de *Husky Health*, el plan médico que corre el estado, llame al 203-946-8187.

Atentamente,

Garth Harries.
Superintendente
Escuelas Públicas de NH

Paul Kowalski, RS, MPH
Acting Director
Departamento Salud de NH

Student's Name _____ Date of Birth _____

School: _____ Grade: _____

Parent/Guardian Name _____ Phone # _____

Emergency Contact Name _____ Phone # _____

Emergency Contact Name _____ Phone # _____

Student's Medical Provider: _____ Phone #: _____

Student's Dental Provider: _____ Phone #: _____

Please circle Yes or No to the following questions:

Have there been any changes in your child's health history in the past year? Yes No

Will your child require medication to be administered during the school day? Yes No

Does Your Child Have Health Insurance? Yes No

Does Your Child Have Dental Insurance? Yes No

If your child's school has a school-based clinic, have you enrolled yet? Yes No

The Department of Health may follow up with you if your child does not have either a medical provider or health insurance to try to assist you to find these resources. For help getting health insurance for your child and to learn about Husky Health, the state-run insurance plan, call 203-946-8187.

I understand that my child's medical or dental provider may be contacted, if necessary.

I acknowledge and understand that the above information will remain confidential and will be used only when necessary by the Health Department and/or authorized members of the New Haven Board of Education.

Parent signature

Date _____

Bureau of Nursing Medical Form

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de los Padres/Encargado _____ # de Teléfono _____

Nombre de Contacto de Emergencia _____ # de Teléfono _____

Nombre de Contacto de Emergencia _____ # de Teléfono _____

Proveedor Medicinal del Estudiante: _____ # de Teléfono: _____

Proveedor Dental del Estudiante: _____ # de Teléfono: _____

Por favor haga un círculo en Si o NO para contestar las siguientes preguntas:

¿Ha habido cambios en la historia de salud de su hijo/a en el último año? Si No

¿Su hijo/a requerirá la administración de medicamentos durante el día escolar? Si No

¿Su Hijo/a tiene Seguro de Salud? Si No

¿Su Hijo/a tiene Seguro Dental? Si No

¿Si la Escuela de su hijo/a tiene una clínica de salud escolar, ya UD se matriculo? Si No

El Departamento de Salud le dará seguimiento a USTED si su hijo/a no tiene un proveedor de salud médica o seguro de salud para tratar de ayudarle a encontrar estos recursos. Para ayuda en cómo obtener seguro de salud para su hijo/a y para aprender sobre Husky Health, el plan del Estado, llame al 203-946-8187.

Yo entiendo que se contactara al proveedor de salud médica o dental, si sea necesario.

Yo reconozco y entiendo que la información arriba se mantendrá en confianza y se utilizara solo cuando sea necesario por el Departamento de Salud y/o miembros autorizados de la Junta de Educación de New Haven.

Firma de los Padres/Encargado _____

Fecha _____