

New to District Yes ☐ No ☐ Last School _____ Year Attended _____

DONNA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT PERMISSION & EMERGENCY FORM **Primary 2022 - 2023**

(PLEASE PRINT)

Name of Student _____ Date of Birth _____ Grade _____ I.D.# _____ Campus _____
 Name of Parent/Guardian (His) _____ (Hers) _____ Home Telephone _____ Cell _____
 Physical Address _____ Mailing Address _____
 Work Phone (His) _____ (Hers) _____ Family Doctor _____ City _____ Phone _____
 Is student a Migrant? Yes / No Has Medicaid? Yes / No Has CHIP? Yes/No Other insurance _____
 ***There is low cost accident insurance available. Please ask the school secretary for a form. The district is not responsible for costs of treating injuries and will not assume liability for any costs associated with an injury or illness.

THE FOLLOWING HAVE PERMISSION TO PICK UP MY CHILD IN CASE OF ILLNESS OR EMERGENCY

Name	Relationship	Telephone #	Name	Relationship	Telephone #

My son/daughter has Life Threatening Allergies to the following medicines/food/other _____

My son/daughter has Health/Mental Health conditions (glasses, diabetes, asthma, epilepsy, ADHD, etc.) _____

Daily medication _____

Doctor's Orders received on _____ not received _____

May contact Dr. _____ to receive medical information on student. YES / NO

* I give permission for the school nurse to share this information with school staff if necessary. YES / NO

* Per District Policy requirements, a TB Questionnaire is to be completed for new to district students, or anytime circumstances warrant it.

* I give permission for my 5th grade son/daughter to attend a *Health, Hygiene, & Puberty presentation, including watching a DVD.* YES / NO

- TEXAS LAW REQUIRES EACH STUDENT BE FULLY IMMUNIZED. Submit all immunizations received to the SCHOOL NURSE.
- Medications needed by students during the school day will be administered by the nursing staff under all these conditions:

- (1) Written permission from parent/guardian.
- (2) Only medications (prescribed and/or over-the-counter) provided by the parent or guardian and stored in the Nurse's Office.
- (3) Must be in the original container and properly labeled.
- (4) Prescribed by a doctor licensed to practice in Texas.
- (5) No medication from foreign countries.

ONLY IN CASE OF AN EMERGENCY, I understand that the school nurse or designated personnel will try to reach me by phone. If I or a relative cannot be reached and his/her condition warrants, I give permission for a school official to take my child to a doctor or to have my child transported to the appropriate hospital as determined by the 911 ambulance provider by car or ambulance.

- I, the undersigned, do hereby authorize officials of the Donna I.S.D. to contact directly the persons named above on this form and do authorize a physician in Donna or the Emergency Room physician(s) to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency. I will hold neither the Donna I.S.D. nor the school nurse financially responsible for the care and/or transportation for said child.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____ Revised 4/2022

Nuevo al distrito ☐ Sí ☐ No ☐ Última escuela _____ Año de asistencia _____
DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE DONNA PERMISO Y CUIDADO DE EMERGENCIA Primaria 2022 - 2023
(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ ID # _____ Escuela _____

Nombre de Padres/Tutores (Él) _____ (Ella) _____ Teléfono _____ Celular _____

Domicilio Físico _____ Dirección de Correo _____ Su Doctor _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Teléfono/Trabajo Padres (De Él) _____ (De Ella) _____ ¿Tiene Ud. CHIP? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro seguro? _____

¿Es Migrante? ☐ Sí ☐ No ☐ Tiene Ud. Medicaid? ☐ Sí ☐ No ☐ La escuela ofrece un plan de seguro a bajo precio para su hijo (a). La secretaria de la escuela tiene la solicitud. El distrito no es responsable por el costo de los

tratamientos de accidentes y no puede ser responsable por cualquier otro costo asociado con un accidente o enfermedad.

LAS PERSONAS QUE TIENE LA AUTORIDAD DE RECOGER A SU HIJO(A) EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA

Nombre	Relación	Teléfono #	Nombre	Relación	Teléfono #

Mi hijo/hija está **alérgico** a los siguientes medicamentos/comidas/otra _____

Mi hijo/hija tiene limitaciones o problemas de salud como las siguientes (lentes, diabetes, asma, epilepsia) _____

Mi hijo/hija está tomando este medicamento _____ no recibidos _____

Ordnes de Doctor recibidos en _____ para recibir informacioon medica sobre el estudiante. SI / NO

Doy permiso para que contacten al Doctor _____ para recibir informacioon medica sobre el estudiante. SI / NO

*Doy permiso para que la enfermera escolar dé esta información al personal escolar si es necesario. SI / NO

*La regla del distrito requiere que el cuestionario del TB sea terminado por todas los estudiantes nuevos al distrito y también tenemos el

derecho de hacerles preguntas a los estudiantes acerca de esto.

*Doy permiso para que mi hijo/hija de 5° grado atienda una presentacion de *Salud, Higiene, y Pubertad incluye viendo un DVD*. SI / NO

*Doy permiso para que mi hija (a la edad de 10 años) sea revisada para ESCOLIOSIS (defecto de la espina dorsal). Este es un EXAMEN

VISUAL, no es inyeccion/rayos-x. SI / NO Si ciculo NO, favor de mandar la documentacion a la enfermera.

• LA LEY DE TEJAS REQUIERE QUE CADA ESTUDIANTE SEA INMUNIZADO COMPLETAMENTE PARA ASISTIR A LA ESCUELA.

• Favor de mandar los documentos de las vacunas a la oficina ESCOLAR DE LA ENFERMERA.

• Las medicinas necesitadas por estudiantes durante el día escolar serán administradas por el personal que cuida bajo todas estas condiciones:

(1) Permiso por escrito de los padres/tutores.

(2) Solamente medicamento de farmacia y receta médica dada por los padres/tutores y almacenado en la Clínica

(3) El medicamento tiene que estar en el frasco original y con sus instrucciones originales.

(4) El medicamento recetado por un médico con licencia de Texas.

(5) El medicamento de un país extranjero no será permitido.

EN CASO DE EMERGENCIA yo entiendo que la enfermera o el personal designado intentará llamarme por teléfono. Si yo o algún

pariente no podemos ser localizados doy permiso a una autoridad escolar que lleve a mi hijo(a) a un médico en Donna, o al hospital

de Weslaco por coche or ambulancia.

• Yo, el abajofirmante, autorizo a los oficiales de Donna I.S.D. para que se comuniquen directamente con las personas nombradas en

esta forma y si autorizo al médico en Donna o al médico(s) del salón de urgencias para que rindan el tratamiento que se estimen ser necesario

en una emergencia. Yo no haré cargos ni a Donna I.S.D. ni a la enfermera escolar monetariamente por el cuidado y / o transporte de dicho niño/a.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____ Revisado 4/2022