

**SFUSD CARD NG ESTUDYANTE NA PANG-EMERGENCY/  
 MEDIKAL NA IMPORMASYON**  
 (Kailangang kompletuhin ang card na ito taon-taon)

Petsa: \_\_\_\_\_

PANGALAN: \_\_\_\_\_ (Apelyido) \_\_\_\_\_ (Pangalan) \_\_\_\_\_ (Panggitnang Inayal) HO#: \_\_\_\_\_

Paaralan: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Home Room: \_\_\_\_\_

Kapanganakan: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Kasarian:  M (Lalaki)  F (Babae)

Address ng Tirahan: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_ Lungsod: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Wikang Sinasalita sa Bahay: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Magulang/Tagapatnubay/Tagapangalaga		Pangalan ng Magulang/Tagapatnubay/Tagapangalaga	
Address ng Tirahan		Address ng Tirahan	
Taga-empleyo		Taga-empleyo	
Pangunahing Telefono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Cell phone	Telefono sa Trabaho	Pangunahing Telefono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Cell phone	Telefono sa Trabaho
Iba pang Telefono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Cell phone	Email Address:	Iba pang Telefono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Cell phone	Email Address:

NAKATIRA ANG BATA KASAMA ANG:  Ina  Ama  Tagapangalaga/Tagapatnubay  Iba pa (tukuyin) \_\_\_\_\_

**MGA KONTAK SA PANAHON NG EMERGENCY:** Kapag nagkaroon ng emergency, o nagkasakit o nasugatan ang bata na nakalista sa itaas, at hindi ninyo ako makontak, binibigyan ko ng permiso ang paaralan na kontakin at ipagkaliwala ang aking anak sa pangangalaga ng isa sa mga sumusunod:

Pangalan	Relasyon	Pangunahing Telefono	Iba pang Telefono
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

May seguro sa kalusugan ang anak ko:  Oo  Wala Kung Oo, lista ang seguro: \_\_\_\_\_ Policy/Member#: \_\_\_\_\_

Nagbibigay ng Pangangalagang Pangkalusugan: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Para matiyak ang agad na atensiyon sa inyong anak, **PAKI-ABISUHAN ANG PAARALAN KUNG MAY PAGBABAGO SA IMPORMASYON NA NASA CARD NA ITO.**  
**\*\*\*MAHALAGA: Pakikumpleso ang Likod ng Card\*\***

PANGALAN: \_\_\_\_\_ (Apelyido) \_\_\_\_\_ (Pangalan) \_\_\_\_\_ (Panggitnang Inayal)

WALANG MEDIKAL NA KONDISYON  Nasuri ang anak ko na may (mga) sumusunod na kondisyon:  
 Hika  Pag-atake  Diyabetis Kailangan ng insulin?  Oo  Hindi  Allergies Kailangan ng Epinephrine?  Oo  HINDI

May Allergy/Allediyik sa: \_\_\_\_\_ Petsa ng huling reaksiyon: \_\_\_\_\_

May iba pa bang (mga) malalang problema sa kalusugan ang inyong anak?  Oo (Pakilista)  Wala

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Umiinom ba ng (mga) gamot ang inyong anak?  Oo (pakilista ang mga gamot at oras ng pag-inom)  Hindi

Gamot: \_\_\_\_\_ Oras ng Pag-inom: \_\_\_\_\_

Gamot: \_\_\_\_\_ Oras ng Pag-inom: \_\_\_\_\_

Pangalan	Paaralan	Grado

Kung kailangang dalhin ang anak ko sa pasilidad para sa emergency, dadalhin sya sa pinakamalapit na pasilidad. Ibinibigay ko ang aking pahintulot sa mga awtoridad ng paaralan na gumawa ng naangkop na aksiyon para sa kaligtasan at kagalangan ng aking anak. Hindi ako pumapayag

Kagaya ng maraming distrito ng pampaaralan sa California, lumalahok ang SFUSD, sa pakikipagtulungan sa Department of Health Services (Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan) ng California, sa programang nagpapahintulot sa Distrito na ma-reimburse (maibalik ang ginastos na pera) gamit ang pera ng pederal na gobyerno, para sa mga piling serbisyong pangkalusugan na ibinibigay sa mga estudyante ng paaralan, na kuwalipikado para sa Medi-Cal. Nakakuha ng pondo ang programang ito para magbigay-suporta sa mga gastusin para sa mga staff (kawani) at ilang kailangang kagamitan para makapagbigay ng mga serbisyo. Sa inyong pagpirma, lalinasad ninyo na ibinibigay ninyo sa amin ang inyong pahintulot na kumuha ng reimbursement mula sa Estado para sa mga benepisyonang Medi-Cal sa ngalan ng inyong anak, kung kuwalipikado siya para sa programang ito, o magiging kuwalipikado. Wala kayong gastos o multa kapag pumayag kayo, at wala rin sakaling hindi kayo pumayag. Binibigyan lang nito ng karapatan ang distrito ng pampaaralan na makakuha ng karagdagang suporta mula sa gobyerno.

Ibinibigay ko ang aking pahintulot na maglabas ang SFUSD ng impormasyon (hal. numero ng Student ID, Apelyido, Pangalan, Kapanganakan, Kasanan, Address ng Estudyante, Paaralan, Grado, impormasyon Tungkol sa Espesyal na Edukasyon (IEP/IFSP)) tungkol sa partialasyon ng aking anak sa mga health assessment o pagsusuri ng kalusugan (hal. Kalusugan/Nutrisyon, Sikolohikal na Katagayan, Edukasyong Pangkalusugan/Gabay sa Inaasahan, Pandinig, Paningin, Pagtaki) para lamang sa Medi-Cal Billing (singil sa Medi-Cal).

Lahat ng impormasyong ibinigay ko sa Emergency Card na ito, ay totoo at tumpak, sa abot ng aking kaalaman. Sumasang-ayon ako sa mga pahayag ng pahintulot na nasa itaas, maliban na lamang kung espesipikong hindi ibinigay ang pahintulot ayon sa pahiwatig ng naka-check na kahon.

Petsa: \_\_\_\_\_

\*\*\*MAHALAGA: Pakikumpleso ang Likod ng Card\*\*

Lagda ng Magulang/Tagapatnubay