

** Input value: should be yes/no. (87) ** Input value: should be yes/no. (87)

Form: *Online Emergency Clinic Card 2016-2017 R3 Student: **Eshika Manu** Gender: **Female**



Student Name: **Eshika Manu**

Nombre del Estudiante

Birthdate: **12/09/2011**

Fecha de Nacimiento

Phone: **408-476-5443**

Teléfono de Casa

Grade: **PK**

Grado

8222 Kingsbrook Rd, APT 578, Houston TX 77024

Mother's Name: **Sowmya Manu**

Nombre de la Madre

Cell Phone Number: **832-225-1522**

Teléfono Celular

Address: **8222 Kingsbrook Rd,Apt-578,Houston,TX-77024**

Domicilio

Email: **sowmya.manu@yahoo.com**

Correo Electrónico

Father's Name: **Manu Srinivasa**

Nombre del Padre

Cell Phone Number: **408-476-5443**

Teléfono Celular

Address: **8222 Kingsbrook Rd,Apt-578,Houston,TX-77024**

Domicilio

Email: **manu.srinivasa@gmail.com**

Correo Electrónico

Legal Guardian's Name:

Guardián Legal

Cell Phone Number:

Teléfono Celular

Address:

Domicilio

Email:

Correo Electrónico

Emergency Information One person per line.

Información de Contacto Una persona por renglon.

Contact Name <i>Nombre D el Contacto</i>	Primary Phone <i># De Teléfono</i>	Cell Phone <i>Teléfono Celular</i>	Work Phone <i>Teléfono Del Trabajo</i>	Contact Email <i>Correo Electrónico</i>
Sanyasamma Durgasi	404-341-8729			

Enrolled Sibling Name <i>Nombre de Hermano(a) Inscrito(a)</i>	Grade <i>Grado</i>	SBISD School <i>Escuela de SBISD</i>
Hitesh Manu	05	Hunters Creek Elementary

Health Information

Información de Salud

Please check any health condition(s) and advise the school nurse of any special needs or health monitoring requirements. **IMPORTANT:** In order to provide for the safety of the student the school is authorized to advise school personnel with the need to know about the health condition(s) listed below.

Por favor marque cualquier condición de salud y informe a la enfermera de la escuela de cualquiera necesidad o supervisión de salud especial requerida. IMPORTANTE: Para prever la seguridad del estudiante la escuela se autoriza a aconsejar a personal de la escuela con la necesidad de saber sobre las condiciones de la salud abajo.

Wears glasses / Contact Lenses: No

Usa Gafas / Lentes de Contacto:

Asthma: **No**

Asma:

Diabetes: **No**

Diabetes:

Food Allergy: **No**

Tiene alergia a algún alimento:

Other Allergies: **No**

Otras Alergias:

Wears Hearing Aid: No

Usa Audifonos:

Medication taken at home: **no**

Medicamento tomado en casa:

Medication taken at home: **No**

Medicamento tomado en casa:

If yes, then describe:

Si sí, por favor describala:

If yes, then describe:

Si sí, por favor describala:

Medication taken at school: **No**

Medicamento tomado en la Escuela:

Medication taken at school: **No**

Medicamento tomado en la Escuela:

Nature of the Allergic reaction to food: **No**

Tipo de reacción alérgica a los alimentos:

Reaction: **No**

Reacción:

EpiPen ☒

EpiPen

****Texas Law requires student health information to be requested at the time of the student's enrollment in public school .**

****La ley de Texas requiere que la información de salud del estudiante se solicite en el momento de la inscripción del estudiante en la escuela pública.**

(☐) Heart Condition (☐) Urinary Disorder (☐) Seizure Disorder (☐) Blood Disorder (☐) Neurological Disorder (☐) Orthopedic Disorder (☐) Visual Disorder (☐) Hearing Disorder

Condición del Corazón Desorden Urinario Ataque de Apoplejia Desorden de la Sangre Desorden Neurológico Desorden Ortopédico Desorden Visual Desorden Auditivo

(☐) Skin Disorder (☐) Other

Desorden de la Piel Otro

If other allergies, please explain: **No**

Si si, por favor describala:

Medication Taken on a regular basis: No

Medicamentos que se toman regularmente

Guardian Printed Name: **Sowmya Manu**

Firma del padre o guardián legal:

Digital Signature Acknowledgement: **Yes/Si**

Reconocimiento de Firma Digital

Date: **06/28/2016**

Fecha