

School District of Philadelphia /School District of Philadelphia
Pang-emergency na Form sa Pakikipag-ugnayan /Emergency Contact Form

		<i>Kasarian /Sex</i>	<i>Grad)/Grad)</i>	<i>/Rm/Sec/Bk /Rm/Sec/Bk</i>
<i>ID ng Mag-aaral /Student ID</i>	<i>Pangalan ng Mag-aaral (Apelyido, Pangalan) /Student's Name (Last Name, First Name)</i>		<i>DOB /DOB</i> <i>Buwan/ Mo. Araw/Day Taon./Yr.</i>	<i>Numero ng Paaralan /School No.</i>
<i>Address /Address</i>			<i>Apt. No) /Apt. No)</i>	<i>Telepono sa bahay /Home phone</i>
<i>Ipasok ang SSN ng bata (opsiyonal) /Enter child's SSN (optional)</i>		<i>May insurance na pangkalusugan ba ang bata?/Does this child have health insurance?</i> <i>Y /Y_____ N /N_____</i>		
<i>Pangalan ng doktor/klinika ng bata /Name of child's doctor/clinic</i>	<i>Numero ng Tel. /Telephone No.</i>	<i>Kung oo, lagyan ng tsek ang wastong tagapagbigay ng insurance na pangkalusugan sa ibaba /If yes, check the appropriate health insurance provider below</i> <input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> <i>Iba pa/Other</i>		
<i>Pangalan ng dentista/klinika ng bata /Name of child's dentist/clinic</i>	<i>Numero ng Tel. /Telephone No.</i>			
<i>Unang Pang-emergency na Contact (buong pangalan) Magulang/Tagapangalaga /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian</i>	<i>Kaugnayan sa bata /Relationship to child</i>	<i>Telepono sa umaga /Daytime phone</i>	<i>Cell phone /Cell phone</i>	<i>Email Address /Email Address</i>
<i>Pangalawang Pang-emergency na Contact (buong pangalan) /Second Emergency Contact (full name)</i>	<i>Kaugnayan sa bata /Relationship to child</i>	<i>Telepono sa umaga /Daytime phone</i>	<i>Cell phone /Cell phone</i>	<i>Email Address /Email Address</i>
<i>Pangatlong Pang-emergency na Contact (buong pangalan) /Third Emergency Contact (full name)</i>	<i>Kaugnayan sa bata /Relationship to child</i>	<i>Telepono sa umaga /Daytime phone</i>	<i>Cell phone /Cell phone</i>	<i>Email Address /Email Address</i>

Pakitandaan / Please note

Kung ang sagot sa anumang mga sumusunod na katanungan ay “Oo”, mangyaring dalhin ang form na ito sa doktor ng anak mo at sabihan siyang magbigay ng nakadetalyeng impormasyon sa Ingles. / If the answer to any of the following questions is “Yes”, please take this form to your child’s doctor and ask him/her to provide detailed information in English.

1. **May anumang mga pangangailangan o problemang pangkalusugan ba ang iyong anak na dapat malaman ng paaralan?** / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?

_____ **Oo/Yes** _____ **Hindi/No**

Kung **OO**, mangyaring sabihan ang doktor ng anak mo na ibigay ang impormasyon sa Ingles / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
2. **May iniinom bang anumang gamot ang anak mo?** / Does your daughter/son take any medication?

_____ **Oo/Yes** _____ **Hindi/No**

Kung **OO**, mangyaring sabihan ang doktor ng anak mo na ibigay ang impormasyon sa Ingles / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

3. **Kailangan ba ng iyong anak na uminom ng gamot sa paaralan?** / Does your daughter/son need to take medication at school? _____ **Oo/Yes** _____ **Hindi/No**

Kung **OO**, mangyaring sabihan ang doktor ng anak mo na ibigay ang impormasyon sa Ingles / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

Lagda ng Magulang/Tagapangalaga / Parent/Guardian Signature Petsa / Date