

SCHOOL DISTRICT OF SPENCER
MEDICAL HEALTH INFORMATION FOR THE 2024-2025 SCHOOL YEAR

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____ Grade: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Telephone: _____ Date of Birth: _____

All medical information will be kept confidential. All pertinent health information will be shared with school staff in case of emergency.

Daily Medications (s): _____ Need to take at School? Yes ___ No ___
The School District has my permission to administer Tylenol, Tums, or Benadryl as directed on the label. Yes ___ No ___ Initials _____
Are there things concerning your child, which you would like to discuss with the school psychologist and/or counselor? Yes ___ No ___

Note: It is School Board Policy that physician and parent consent forms MUST be on file when a child receives prescription medication; this includes self-carry medications. Parent consent form MUST be on file when child receives non-prescription medication. Please obtain these forms from school if you have not already done so.

It is important for the school to have health information on each student. To help us to better serve the needs of your child, please answer the following (check all that apply):

___ My child has no health concerns

___ Asthma: Inhaler at school? Yes/ No Triggers: _____ Daily inhaler used? Yes/ No Self carry? Yes/ No Emergency inhaler? _____
___ Diabetes: When diagnosed? _____ Last Hgb A1C: _____ Insulin: Pen Pump Syringe Diabetes Doctor: _____ Last seen: _____
___ Seizures: Date of last seizure: _____ Emergency medication? Yes/ No If yes, name of medication: _____ Seizure Doctor: _____ Last seen: _____
___ Vision difficulties Wears glasses/contacts? Yes/ No History of blindness? Yes/ No Eye Doctor: _____ Last seen: _____
___ Hearing difficulties Wears hearing aids? Yes/ No Hearing Doctor: _____ Last seen: _____
___ Heart Trouble; please explain. Any restrictions must be accompanied by a written medical excuse: _____
___ Allergies to: Medications: _____ Reactions would be: _____
Food: _____ Reactions would be: _____
Bees: _____ Reactions would be: _____
Other: _____ Reactions would be: _____

___ Epi-Pen at home/school? Yes /No Self carry? Yes /No Instructed on how to use? Yes /No
Other health concerns (such as concussion, dental, behavior, developmental, nutrition, kidney trouble, ulcers, migraines, serious accidents or operations): _____

Immunizations: up-to-date see attached immunization record Please update the school whenever immunizations are given.

If I cannot be reached immediately, I authorize designated school personnel to call or drive my child to the physician, dentist, or hospital if the need for emergency care exists. An ambulance may be called if necessary. I further authorize emergency treatment to be initiated when needed. I hereby indemnify and hold harmless school staff and medical providers who act in reliance of this authorization. My child has health insurance yes no

Physician/Clinic: _____ Phone: _____
Dentist/Clinic: _____ Phone: _____
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

DISTRITO ESCOLAR DE SPENCER
INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL 2024-25 AÑO ESCOLAR

Apellidos: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de 2º Nombre: _____ Grado: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Área Postal: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Toda la información médica es confidencial. Toda la información médica pertinente será compartida con el personal escolar y el contratista de transportación en caso de emergencia.

Medicina Diaria: _____ Administrada en la Escuela? Sí No
El Distrito Escolar **tiene mi permiso de administrar** Tylenol, Tums, y Benedryl como si indica en la etiqueta. Si No iniciales
Desea hablar con el psicólogo y/o consejera de la escuela referente a alguna inquietud de su hijo Sí No

Note: Es Política del Consejo Escolar que formularios de consentimiento del doctor y padres DEBEN estar archivados cuando un niño/a recibe medicamento con prescripción. El formulario de consentimiento DEBE estar archivado cuando recibe medicamentos sin receta. Por favor obtenga estos formularios de la escuela si aún no lo ha hecho. TODA LA MEDICINA QUE CARGAN ELLOS MISMOS DEBE TENER UNA ORDEN DEL DOCTOR.

Es muy importante para la escuela tener **información médica** de cada estudiante. Para mejor ayudar a su hijo, por favor contesta lo siguiente:
Marque todas las referentes de su caso:

_____ **Mi hijo/a no tiene problemas de salud**

_____ Asma; Tiene inhalador en la escuela? Sí/No Que lo provoca: _____ Uso de inhalador a diario? Sí/No Carga inhalador? Sí/No Inhalador de Emergencia? _____
_____ Diabetes Cuando fue diagnosticado/a? _____ Los últimos resultados de Hgb A1C: _____ Insulina: Lápiz Pompa Jeringa Doctor de Diabetes: _____ Última cita: _____
_____ Convulsiones Día de la última convulsión: _____ Medicamento de emergencia? Sí/No Si sí, nombre de medicamento: _____ Doctor de Convulsiones _____ Última cita: _____
_____ Dificultades visuales; usa lentes/contactos? Sí/No Historial ceguera? Sí/No Doctor de Visión: _____ Última cita: _____
_____ Dificultades para escuchar; usa amplificador de sonido? Sí/No Doctor de Oído: _____ Última cita: _____

_____ Problemas cardíacos, por favor explique. Cualquier restricción debe tener una justificación médica:

_____ Alergias a: Medicinas: _____ Reacción: _____
_____ Alimento: _____ Reacción: _____
_____ Picadura de avispas: _____ Reacción: _____
_____ Otros: _____ Reacción: _____

_____ **Usa el Epi-pen en casa o en la escuela?** Sí/No **Lo carga él/ella mismo/a?** Sí/No **Educado en cómo usarlo?** Sí/No
Algun otro problema médico (como concusión, dental, comportamiento, desarrollo, nutrición, problemas renales, úlceras, migrañas, accidentes u operaciones): _____

Inmunizaciones: Al Día Ver el registro de inmunizaciones que esta adjunto *Por favor actualice la escuela cuando las inmunizaciones se dan.* Si no puedo ser localizado inmediatamente, autorizo al personal de la escuela que llame o transporte a mi hijo al doctor, dentista, u hospital si existe la necesidad de atención médica. Llamaremos a una ambulancia si es necesario. Además, autorizo que se inicie cualquier tipo de atención médica cuando sea necesario. Por este medio aseguro que no haré responsable al personal de la escuela ni a los proveedores médicos que actúan en confianza de esta autorización.

Doctor /Clínica: _____ Teléfono: _____
Dentista/Clinica: _____ Teléfono: _____ Firma
del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____