

Student Name/Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



**MEDICAL INFORMATION / PERMISSION**

**Student's Physician:** \_\_\_\_\_ **Telephone:** \_\_\_\_\_

**Student's Dentist:** \_\_\_\_\_ **Telephone:** \_\_\_\_\_

**My Child has Health Insurance** (check one):     Yes  No

**Allergies** (list): \_\_\_\_\_ **Allergies require Epinephrine** (Check one):  Yes  No

**Does your child require an inhaler for respiratory difficulty?**  Yes  No **(Please provide extra inhaler)**  
**Does your child have any major health issues(s)?** Please list: \_\_\_\_\_

**Will your child require any medication(s) while at school?**  Yes  No

If yes, please list medication(s) and times taken:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

*Before any medication (prescription or over-the-counter) can be given at school, the "Authorization for Administration of Medication by School Personnel" form must be signed by the physician and the parent. This form is available from your physician. All medications are required to have a form and can be dropped off by an adult to the school nurse.*

**Date of Last Physical:** \_\_\_\_\_ **(Please attach copy of last physical and immunization record.)**

\*Any changes should be reported to the school as soon as they occur.

\* Persons listed as emergency contacts must be made aware that you provided the school with their numbers.

*It is in your child's best interest that the school nurse be aware of any health problems and medications.*

Would you like the school nurse to contact you:  Yes  No

I agree that in the case of an emergency, permission is granted to transport my child to the nearest hospital.  Yes  No

Permission to contact Primary Care Physician     Yes  No

Permission to administer medical treatment     Yes  No

I understand my signature indicates all information presented on this form is true and correct including educational, medical, and residential information. It is also understood the school administration may need to verify this data.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Student Name/Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN MÉDICA / PERMISO**

**Médico del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Teléfono :** \_\_\_\_\_

**Dentista del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Teléfono :** \_\_\_\_\_

**Mi hijo tiene seguro médico (marque uno):**  Sí  No

**Listado de Alergias:** \_\_\_\_\_ **Tiene Alergias que requieren epinefrina:**  Sí  No

**¿Necesita su hijo un inhalador debido a dificultad respiratoria?**  Sí  No (Por favor provea un inhalador extra)

**¿Tiene su hijo algún problema de salud importante?** Por favor liste: \_\_\_\_\_

**¿Necesitará su hijo que se le administren medicamentos mientras esté en la escuela?**  Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique los medicamentos y las veces que los toma:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

*Antes de que cualquier medicamento con receta se pueden administra en la escuela, el Formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos por el Personal de la Escuela debe ser firmado por el médico y el padre. Puede solicitar este formulario en la oficina de su médico y luego presentarlo a la escuela. **Todos** los medicamentos deben tener un formulario y los mismos deben ser traídos, a la enfermera de la escuela, por un adulto.*

**Fecha del Último Examen Físico** \_\_\_\_\_ **(Por favor envíe una copia del último examen físico y de vacunas)**

\*Tan pronto ocurra un cambio, este debe ser reportado a la escuela inmediatamente.

\* Informe a las personas que están en este formulario como contactos de emergencia, para que sepan que usted ha proporcionado su información a la escuela.

**El mejor beneficio para su hijo es que la enfermera de la escuela esté informada de cualquier problema de salud y de sus medicamentos.**

¿Le gustaría que le contactara la enfermera de la escuela?  Sí  No

Estoy de acuerdo que en caso de emergencia, concedo permiso para que mi hijo se transporte al hospital más cercano.  Sí  No

Permiso para contactar al Médico de Atención Primaria  Si  No

Permiso para administrar tratamiento médico  Si  No

Entiendo que mi firma indica que toda la información provista en este formulario es verdadera y correcta, incluyendo información educativa, médica y residencial. También entiendo que pueda ser necesario que la administración de la escuela verifique estos datos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha