



**CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT FOR STUDENT**

Student's Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Student's Address / PO Box \_\_\_\_\_ Home Phone Number / Cell number \_\_\_\_\_

Name of Doctor \_\_\_\_\_ Address / Phone \_\_\_\_\_ Preferred Hospital \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Work Phone number \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Work Phone number \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

**In case of any emergency and I cannot be located please contact and allow the following individuals to pick up my child.**

Relative or Friend \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Telephone number \_\_\_\_\_

Relative or Friend \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Telephone number \_\_\_\_\_

Relative or Friend \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Telephone number \_\_\_\_\_

**Please list below any medical problem your child may have any you feel the school should be aware of:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Medication Allergies _____                | 2. Heart problems/ High blood pressure _____ |
| 3. Diabetes _____ Type I _____ Type II _____ | 4. Convulsions/Epilepsy _____                |
| 5. Asthma _____                              | 6. ADD / ADHD _____                          |
| 7. Vision/Hearing _____                      | 8. Mental disorders _____                    |
| 9. Blood disorders _____                     | 10. Migraines _____                          |
| 11. Insect Allergies _____                   | 12. Other _____                              |

List any daily medication your child is taking:

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

**Initials** \_\_\_\_\_ My child's medical condition **requires** an emergency action plan and/or administration of medication at school. I agree to provide the necessary medical documentation in order for my child's emergency plan or medication to be implemented

**Initials** \_\_\_\_\_ My child's medical condition **does not require** an emergency plan and /or administration of medication at school. My child's medical condition is being managed at home

**In order to enable the District to take necessary precautions for your child's safety, please list any foods to which your child is allergic or severely allergic, as well as the nature of your child's allergic reaction to the food.**

Food:	Nature of allergic reaction to the food:

**Initials** \_\_\_\_\_ My child's food allergy **requires** for the school cafeteria to make accommodations. I agree to provide the necessary medical documentation in order for accommodations to be implemented.

**Initials** \_\_\_\_\_ My child's food allergy **does not require** the school cafeteria to make accommodations

**Initials** \_\_\_\_\_ My child knows what food items to avoid

I do hereby authorize the designees of the San Elizario Independent School District to give consent to a physician and/or hospital for emergency medical and/or surgical treatment when necessary to our child for sustained injuries or sickness requiring emergency treatment during school hours, or after school hours while partaking in school sponsored activities such as educational, social, and athletic events, provided such events have an authorized representative from the school. Additionally, I authorize the SEISD designee to provide any emergency treatment as deemed appropriate. It is understood that the school or its representatives do not assume any financial responsibilities for any expense that might be incurred for said emergency treatment and the school will notify us as soon as possible following the emergency, but in no way is treatment to be delayed until we have been notified. It is understood that my child will participate in all health services and health screenings offered by the school. I give my permission to the school nurse to share information relevant to my child's health condition with appropriate school personnel when needed to meet my child's health and safety needs. I give permission to exchange information with my child's primary care physician for the purpose of referral, diagnosis, and treatment.

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

It is the responsibility of the parent to notify the school of any change in telephone number or address

Rev 2/2016

**The San Elizario Independent School District does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, disability, genetic information, or age in its programs, activities, or employment.**



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO PARA ALUMNOS**

Apellido del Alumno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio de la Casa y numero postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono / Teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Domicilio y Teléfono \_\_\_\_\_ Hospital Preferido \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Domicilio y Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Domicilio y Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia y que yo no pueda ser localizado(a) favor de llamar y permitir a estas personas que recojan a mi hijo/hija.**

Familia o Amigo(a) \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Familia o Amigo(a) \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Familia o Amigo(a) \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Favor de anotar abajo condiciones médicas que su hijo(a) tenga y que usted crea que la escuela deba saber:

- |   |  |
|---|--|
| 1. Nombre de alergias a medicinas _____       | 2. Problemas del corazón/ alta Presión _____ |
| 3. Diabetes _____ Tipo 1 _____ Tipo II _____  | 4. Convulsiones/ epilepsia _____             |
| 5. Asma _____                                 | 6. ADD / ADHD _____                          |
| 7. Visión/ Oídos _____                        | 8. Problemas Mentales _____                  |
| 9. Desorden de la Sangre _____                | 10. Migranas _____                           |
| 11. Alergias a los piquetes de insectos _____ | 12. Otros _____                              |

Nombre de todas las medicinas que su hijo/a toma:

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

**Iniciales** \_\_\_\_ La condición médica de me hijo/a **requiere** un plan de acción de emergencia o/y administración de medicamento en la escuela. Estoy de acuerdo que voy a obtener la documentación médica necesaria para que el plan de acción de emergencia/ medicamento sea implementado

**Iniciales** \_\_\_\_ La condición médica de me hijo/a **no requiere** un plan de acción de emergencia o administración de medicamento en la escuela. La condición médica de me hijo/a se está manejado en casa

Con el propósito para que el distrito tome las precauciones necesarias, para la seguridad de su hijo. Favor de escribir todos los alimentos que su hijo(a) es alérgico(a), así como la naturaleza de su reacción alérgica para esa comida.

Comida	Naturaleza de la reacción alérgica a la comida

**Iniciales** \_\_\_\_ La alergia a alimentos de me hijo/a **requiere** que la cafetería de la escuela haga acomodaciones. Estoy de acuerdo en proporcionar la documentación médica necesaria para que el plan de emergencia/ o el medicamento de mi hijo/a sea implementado

**Iniciales** \_\_\_\_ La alergia a alimentos de me hijo/a **no requiere** que la cafetería de la escuela haga acomodaciones.

**Iniciales** \_\_\_\_ Mi hijo/a sabe cuáles alimentos que evitar

Yo doy mi autorización al personal especializado del Distrito Escolar de San Elizario para que en caso de emergencia mi hijo(a) reciba ayuda médica ya sea tratamiento médico, hospitalización o emergencia quirúrgica. Siempre y cuando la emergencia sea durante horas escolares o después durante una participación en actividades patrocinados por la escuela de tipo educacional, social y eventos atléticos, siempre y cuando esté presente un representante autorizado por la escuela. Así como también autorizo al personal del Distrito Escolar de San Elizario que administre tratamientos de emergencia a mi hijo/a cuando sea necesario. Estoy de acuerdo que ni la escuela ni sus representantes asumirán ninguna responsabilidad de tipo financiero por algún gasto que sea contraído por dicho tratamiento de emergencia y que la escuela nos avisara tan pronto como sea posible acerca de la emergencia, pero de ningún modo se demorara el tratamiento hasta que seamos notificados. Estoy de acuerdo que mi hijo(a) participe en todos los servicios de salud que sean ofrecidos por la escuela. Yo estoy de acuerdo que la enfermera (o) escolar proveerá información médica de mi hijo/a con personal apropiado de la escuela cuando sea necesario para la salud y seguridad de mi hijo(a). Estoy de acuerdo que la enfermera (o) comparta información médica de mi hijo(a) con el medico de mi hijo/a cuando sea necesario para referencia, diagnóstico y tratamiento médico.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Es la responsabilidad de los padres que avisen a la escuela cambios en domicilio y teléfono.