



# New Braunfels ISD Nurse Information Card

**Student Information:** Last: \_\_\_\_\_ First: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Male/Female Grade: \_\_\_\_\_ Teacher/ Student ID: \_\_\_\_\_

**Medical/ Developmental Problems:** \_\_\_\_\_

**Asthma** No/ Yes **Seizures** No/ Yes **Chicken Pox** No/ Yes Date \_\_\_\_\_ **Glasses/Contacts** No/ Yes Type \_\_\_\_\_

**Current Medications:** \_\_\_\_\_

**Allergies:** \_\_\_\_\_

**Special Meal request:** \_\_\_\_\_

I understand in signing below that the district will take the necessary precautions regarding my child's safety. I will provide the school with information regarding specific foods to which my child is allergic, the nature of the potential allergic reaction and an allergy action plan.

Please complete the Special Meal Request at <https://www.nbisd.org/departments/child-nutrition>

### **Tuberculosis Screening Questions:**

1. Have you had recent contact with someone with infectious TB? No Yes Date \_\_\_\_\_
2. Have you moved within the last 5 years to the US from Mexico, Latin America Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia? Country \_\_\_\_\_ No Yes Date \_\_\_\_\_
3. Have you traveled (lived with resident populations from Mexico, Latin America, Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia) for more than 3 weeks? Country \_\_\_\_\_ How Long? \_\_\_\_\_ No Yes Date \_\_\_\_\_

I give appropriate health or administrative personnel authority to call the Doctor concerning medical needs of my child.

**Doctor:** \_\_\_\_\_ **Dentist:** \_\_\_\_\_ No Yes

**Insurance:** No/ Yes If yes, type \_\_\_\_\_ **School Age Siblings:** No/ Yes Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_ School \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_ School \_\_\_\_\_

### **Parent Information:**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Phone (Home) Phone (Work) Phone (Cell)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Phone (Home) Phone (Work) Phone (Cell)

### **Emergency Contacts:**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I agree that I am a person who has the right to consent to medical, dental, psychological, and surgical treatment on behalf of the identified student. I authorize the New Braunfels ISD to contact the person(s) identified by the student's parents(s)/guardian(s) as emergency contact(s). In the event that the student's parent(s), legal guardian(s), emergency contact(s) and/or nonparent adult caregiver(s) authorized by Texas Family Code Chapter 34 cannot be immediately contacted by telephone, I authorize the New Braunfels ISD to consent to medical, dental, psychological, and surgical treatment on behalf of the student. Note: In the event NBISD consents to treatment of the student pursuant to this authorization, NBISD is immune from any and all liability for damages or amounts incurred, including the cost of emergency care or transportation, resulting from examination or treatment of the student. Note: Any medication, prescription or over the counter to be administered during the school day, must be brought by parent/guardian to the school nurse office, labeled and in the original container. A signed permission form from the parent/guardian must be given to the school nurse.

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

\_\_\_\_\_  
Relationship

\_\_\_\_\_  
Date



# New Braunfels ISD Tarjeta de Información de la Enfermera

## Información del Estudiante

Apellido : \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Maestro-A/ ID#: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hombre / Mujer Grado: \_\_\_\_\_

Condiciones Medicas/Problemas del Desarrollo: \_\_\_\_\_

Asma No/ Si Ataques/Epilepsia No/ Si Varicela No/Si Fecha: \_\_\_\_\_ Anteojos/Pupilentes No/ Si Indique: \_\_\_\_\_

Medicina que esta tomando: \_\_\_\_\_

My hijo(a) es alérgico(a) a: \_\_\_\_\_ Solicitud de comida especial: \_\_\_\_\_

Al firmar enseguida, comprendo que el Distrito tomará las precauciones necesarias para la seguridad de mi hijo(a). Además, proveeré a la escuela la información acerca de la comida específica a la cual mi hijo(a) es alérgico(a), así como la posible reacción alérgica y un plan de acción.

Complete la solicitud de comida especial en <https://www.nbisd.org/departments/child-nutrition>

## Preguntas en Referencia a la Tuberculosis:

- ¿Ha tenido contacto recientemente con alguien con TB contagioso? No Si Fecha \_\_\_\_\_
- ¿Se ha mudado recientemente (en los últimos 5 años) a los Estados Unidos de México, de América latina, del Caribe, de África, de Europa Oriental o de Asia? País \_\_\_\_\_ No Si Fecha \_\_\_\_\_
- ¿Ha viajado (con contacto substancial / vivido con la población residente) de México, de América latina, del Caribe, de África, de Europa Oriental o de Asia por más de tres semanas? No Si Fecha \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_ ¿Cuánto Tiempo? \_\_\_\_\_

Yo doy autorización al personal administrativo o al personal apropiado de llamar al médico acerca de las necesidades médicas .

Doctor: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_ No Si

Regla de Seguro de Salud No/ Si ¿Tipo? \_\_\_\_\_

Hermano(as) en la escuela: No/ Si Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Nombre de escuela \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Nombre de escuela \_\_\_\_\_

## Información de los Padres

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian Teléfono de Casa Teléfono del empleo Telefono de Celular

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian Teléfono de Casa Teléfono del empleo Telefono de Celular

## Número de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a el estudiante: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a el estudiante: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Tengo entendido que yo soy la persona con derechos para autorizar tratamiento médico, dental, psicológico, o quirúrgico en nombre del estudiante identificado. Autorizo al Distrito Escolar Independiente de New Braunfels para poderse comunicar con la(s) persona(s) identificada(s) por el/los padre(s)/guardián(es) del estudiante como contacto(s) de emergencia. En el evento que el/los padre(s), guardián(es) legales, contactos de emergencia y/o tutores adultos autorizados por el Capítulo 34 del Código de Familias de Texas del estudiante no puedan ser contactados inmediatamente por teléfono, yo autorizo a NBISD procurar tratamiento médico, dental, psicológico o quirúrgico en nombre del estudiante. Nota: En el evento que NBISD procure tratamiento médico para el/la estudiante de acuerdo con esta autorización, NBISD quedará inmune de cualquier responsabilidad por daños o cargos monetarios incurridos, incluyendo el costo del cuidado de la emergencia o costo por el transporte que resulte luego de examinar o tratar al estudiante. Nota: Cualquier medicamento, prescripción o medicina sin receta que se necesite administrar al estudiante durante el día escolar, deberá ser entregado al/la enfermero(a) escolar por el padre/guardián, y dichos artículos deberán estar identificados y almacenados en su recipiente original. El padre/guardián deberá firmar una forma de consentimiento y entregarla al/la enfermero(a) escolar.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián:

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha