

# STUDENT MEDICAL INFORMATION

I understand that it is my responsibility to inform my child’s school of any changes to my student’s health. In the event of illness or injury, I/we authorize my child to have any medical/dental attention that may be deemed necessary. I/we authorize that my child be released to the individuals listed on the Student Demographic Update Information/Emergency Card when I/we cannot be reached by phone.

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

Insurance Provider \_\_\_\_\_

Doctor Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

### Medications

Is the student currently taking medication daily? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

List any medications \_\_\_\_\_

Does the student need to take any medications during the regular school day? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If you answered yes to the previous question, please have your healthcare provider fill out and sign the Authorization to Administer Medication at School form available at the school office.

### Allergies

Does the student have any food allergies? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, list the foods: \_\_\_\_\_

Is an epinephrine auto-injector prescribed? (EpiPen, Auvi-Q, etc.) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Is the student allergic to bee stings Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Unknown \_\_\_\_\_

If yes, describe the reaction and what medications are used: \_\_\_\_\_

Is an epinephrine auto-injector prescribed? (EpiPen, Auvi-Q, etc.) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Is your child allergic to any medications? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, list the medications: \_\_\_\_\_

List any other allergies the student has: \_\_\_\_\_

### Asthma

Does the student have asthma diagnosed by a physician? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, will this student have an inhaler for asthma at school? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, frequency of asthma attacks? \_\_\_\_\_ list triggers of asthma \_\_\_\_\_

If your child has an Asthma Action Plan, please provide it to their school.

### Seizures

Does the student have a seizure disorder? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, date of last seizure? \_\_\_\_\_ list type/frequency of seizures \_\_\_\_\_

If yes, has you/your physician completed a Seizure Action Plan? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Diabetes

Does the student have diabetes? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, list treatment type \_\_\_\_\_

### Vision / Hearing/ Mobility Needs

Does the student wear: Glasses/Contacts: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hearing Aid (s): Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Does the student use: A Wheelchair: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Other mobility devices/needs: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Other

List any other current or past medical conditions/surgeries: \_\_\_\_\_

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

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Número de identificación del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela de mi hijo sobre cualquier cambio en la salud . En caso de enfermedad o lesión, yo/nosotros autorizo/autorizamos a mi hijo a recibir cualquier atención médica/dental que se considere necesaria. Yo/nosotros autorizo/autorizamos que mi hijo(a) sea entregado(a) a las personas listadas en la Tarjeta de Emergencia/Información de Actualización Demográfica del Estudiante cuando yo/nosotros no puedan ser localizados por teléfono.

### **Medicamentos**

¿Está el estudiante tomando medicamentos diariamente actualmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento \_\_\_\_\_

¿El estudiante necesita tomar algún medicamento durante el día escolar regular? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente a la pregunta anterior, pídale a su proveedor de atención médica que llene y firme el formulario de Autorización para administrar medicamentos en la escuela disponible en la oficina de la escuela.

### **Alergias**

¿Tiene el estudiante alguna alergia alimentaria? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, enumere los alimentos: \_\_\_\_\_

¿Se prescribe un autoinyector de epinefrina? (EpiPen, Auvi-Q, etc.) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿El estudiante es alérgico a las picaduras de abeja Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se desconoce \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa la reacción y qué medicamentos se usan: \_\_\_\_\_

¿Se le receta un autoinyector de epinefrina? (EpiPen, Auvi-Q, etc.) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique los medicamentos: \_\_\_\_\_

Indique cualquier otra alergia que tenga el estudiante: \_\_\_\_\_

### **Asma**

¿Tiene el estudiante asma diagnosticada por un médico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿tendrá este estudiante un inhalador para el asma en la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿frecuencia de los ataques de asma? \_\_\_\_\_

Enumere los desencadenantes del asma \_\_\_\_\_

Si su hijo tiene un plan de acción contra el asma, por favor, proporciónelo a la escuela.

### **Convulsiones**

¿Tiene el estudiante un trastorno convulsivo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿fecha de la última incautación? \_\_\_\_\_

Enumere el tipo/frecuencia de las convulsiones \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿ha completado usted o su médico un Plan de acción para las convulsiones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **Diabetes**

¿El estudiante tiene diabetes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique el tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

### **Necesidades de visión/audición/movilidad**

El estudiante usa: Anteojos/lentes de contacto: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Audífono(s): Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El estudiante usa: Una silla de ruedas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Otros dispositivos/necesidades de movilidad: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **Otro**

Indique cualquier otra condición médica/cirugía actual o pasada: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_