

Heart Condition Information for School

Student Name: _____ Date of birth _____ Date _____

Parent/Guardian: _____ Phone _____ Cell/work _____

Health Care Provider treating heart condition: _____ Phone _____

How often does your Health Care Provider want to see your student for a heart check-up? _____

When did your student last see the Health Care Provider? _____

Do **you think** your student's heart condition may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes

(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

Does your student's **health care provider think** the heart condition may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes

(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

History and Current status

What is the name of the heart condition?

How long has your student had this condition?

What tests, procedures or surgery has your student had for this condition?

What are the signs when your student is having a problem with this condition?

Treatment

What medications or treatments does your Health Care Provider recommend for this condition? ☐ None

MEDS _____

TREATMENTS _____

Does your student have any difficulty with these medications—side effects, doesn't want to take them, etc?

☐ No ☐ Yes, explain: _____

Will your student need medication at school? ☐ No ☐ Yes - name of Medication _____

If you need medication to be available at school, have you filled out a medication form to be used at school?

☐ Yes ☐ No, I need to get the form, have it completed and return it to school with any needed medication

If medication is needed at school, have you brought the medication/ treatment supplies to school?

☐ Yes ☐ No, I need to get the medication/treatment and bring it to school

Does your student have any activity restrictions? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Emergency Plan

How will school staff know that your student is having a problem with this condition?

What medication or treatment does your doctor recommend when there is an emergency with this condition?

Do you expect the heart condition to impact your student at school? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

In what areas do you have concerns related to your student's heart condition? ☐ None

☐ Recess/gym class/sports

☐ Field trips

☐ Other: _____

What do you want the school to do in an emergency?

Parent/Guardian signature _____ Date _____

Información para la escuela sobre enfermedad del corazón

Nombre de su niño/a: _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono _____ Celular/trabajo _____

Doctor que trata la enfermedad del corazón: _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia su doctor quiere ver a su niño/a para un chequeo del corazón? _____

¿Cuándo vio su niño/a por última vez al doctor? _____

¿Piensa que la enfermedad del corazón de su niño/a puede poner en riesgo su vida? ☐ No ☐ Sí
(Si responde SÍ, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

¿El doctor de su niño/a piensa que la enfermedad del corazón puede poner en riesgo su vida? ☐ No ☐ Sí
(Si responde SÍ, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

Historia y estado actual

¿Cuál es el nombre de la enfermedad del corazón?

¿Cuánto hace que su niño/a tiene esta enfermedad?

¿Qué pruebas, procedimientos o cirugía ha tenido su niño/a por esta enfermedad?

¿Cuáles son los signos cuando su niño/a está teniendo un problema con esta enfermedad?

Tratamiento

¿Qué medicamentos o tratamientos recomienda su doctor para esta enfermedad? ☐ Ninguno

MEDICAMENTOS _____
TRATAMIENTOS _____

¿Tiene su niño/a algún problema con estos medicamentos—efectos secundarios, no quiere tomarlos, etc.?

☐ No ☐ Sí, explique:

¿Su niño/a necesitará tomar medicamentos en la escuela? ☐ No ☐ Sí – nombre del medicamento _____

Si necesita que los medicamentos estén disponibles en la escuela, ¿ha completado un formulario de medicamentos para usar en la escuela?

☐ Sí ☐ No, necesito conseguir el formulario, hacerlo completar por el doctor y devolverlo a la escuela con todos los medicamentos necesarios

Si se necesitan medicamentos en la escuela, ¿trajo a la escuela los medicamentos/suministros del tratamiento?

☐ Sí ☐ No, necesito conseguir los medicamentos/tratamiento y traerlos a la escuela

¿Tiene su niño/a alguna limitación para las actividades? ☐ No ☐ Sí, explique:

Plan de emergencia

¿Cómo sabrá el personal de la escuela que su niño/a está teniendo un problema con esta enfermedad?

¿Qué medicamentos o tratamiento recomienda su doctor cuando hay una emergencia con esta enfermedad?

¿Espera que la enfermedad del corazón afecte a su niño/a en la escuela? ☐ No ☐ Sí, explique:

¿Qué áreas le preocupan con respecto a la enfermedad del corazón de su niño/a? ☐ Ninguna

☐ Recreo/clase de gimnasia/deportes ☐ Paseos de campo ☐ Otro:

¿Qué quiere que haga la escuela en una emergencia?

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____