



YUHSD Medical Information Form

2024-2025

School: _____

Emergency Information

Student name: _____ DOB: _____ Grade: _____ ID# _____
 Parent Name: _____ Ph#: _____ Ph#2: _____
 Email: _____
 Emergency Contact #1: _____ Ph#: _____
 Emergency Contact #2: _____ Ph#: _____
 Doctor Name: _____ Ph# _____

*I _____ authorize the school nurse to contact my child's healthcare provider to discuss any medical-related conditions I may indicate on this form.

Health History

Please "check (X)" any of the following Health Conditions if it pertains to your child:

<p style="text-align: center;">Allergies & Reactions</p> <p>EpiPen: Yes No</p> <p>Asthma inhaler: Yes No</p> <p>Diabetes: Type I or Type 2 Continuous Glucose Monitor: Yes No</p> <p style="text-align: center;">Seizures</p> <p>Rescue Meds: Yes No</p> <p>Concussion/Traumatic Brain Injury (within year)</p> <p>Migraines/Frequent Headaches</p> <p>Wears Glasses or Contacts</p>	<p style="text-align: center;">Other Recent or Chronic Illness/Condition/Surgery Please List:</p> <p style="text-align: center;">ADHD/ADD</p> <p style="text-align: center;">Depression/Anxiety</p> <p style="text-align: center;">Autism</p> <p style="text-align: center;">Daily Medications Please List:</p> <p style="text-align: center;">Hearing Loss Right Circle: Left Both</p> <p>Had Chronic Illness Form for Previous School Year</p>
--	---

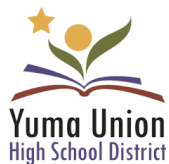
At the RN's discretion and following district policy (JLDC), **Over The Counter (OTC) medication** may be administered to treat your child. Please **circle Yes or No** for the following:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Y N Ibuprofen (Advil, Motrin) | Y N Antibiotic Ointment |
| Y N Acetaminophen (Tylenol) | Y N Benadryl Oral/ Benadryl Cream |

*Additional OTC medication may also be administered such as antacid, cough drops, Orajel, and eye drops.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

 Nurse Notes:



YUHSD Formato de Información Médica

2024-2025

Escuela: _____

Información de Emergencia

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ ID# _____

Nombre Padre/Tutor: _____ Tel#: _____ Tel#2: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto Emergencias #1: _____ Tel#: _____

Contacto Emergencias #2: _____ Tel#: _____

Nombre del Médico: _____ Tel# _____

❖ Yo _____ autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica de mi hijo(a) para discutir cualquier condición medica que pueda ser inferida en este formulario.

Historial Médico

Por favor **"marque (X)"** cualquiera de las siguientes condiciones de salud si corresponden a su hijo(a):

	Alergias y Reacciones EpiPen: Sí No
	Inhalador de Asma: Sí No
	Diabetes: Tipo 1 ó Tipo 2 Monitoreo continuo de glucosa: Sí No
	Convulsiones Medicamentos de Rescate: Sí No
	Conmoción Cerebral/ Lesión Cerebral Traumática (dentro de un año)
	Migrañas/Dolores de Cabeza Frecuentes
	Usa Lentes o Lentes de Contacto

	Otra Enfermedad Reciente o Crónica /Condición / Cirugía Por favor enumere:
	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
	Depresión/Ansiedad
	Autismo
	Medicamentos Diarios: Por favor enumere:
	Pérdida de la Audición Circular: Dch. Izq. Ambos
	Tiene un formato de Enfermedad Crónica del año escolar anterior.



YUHSD Formato de Información Médica 2024-2025

A discreción de la Enfermera y en cumplimiento con la política del distrito (JLDC), **Medicamentos de Mostrador/ Venta Libre** pueden ser administrados para el tratamiento de su hijo(a). Favor de circular **Sí o No** a lo siguiente:

S	N	Ibuprofeno (Advil, Motrin)	S	N	Ungüento Antibiótico
S	N	Acetaminofen (Tylenol)	S	N	Benadryl Oral/ Benadryl en Crema

❖ *También pueden administrarse medicamentos de Venta Libre adicionales como: antiácidos, pastillas para la tos, Orajel, y gotas para los ojos.*

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha:** _____

Notas de la Enfermera: