

**STUDENT MEDICAL & SUPPORTS INFORMATION SHEET** **GAINESVILLE CITY SCHOOLS**

Student Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Emergency Contact \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_ Alt. Phone Number \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_

Emergency Contact Employer \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Additional Information \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION**

**Check Y or N; if Y, please provide additional information in space provided**

Y  N Asthma: Inhaler prescribed?  Y  N; Is inhaler needed at school? \_\_\_\_\_

Y  N Thyroid problems: \_\_\_\_\_

Y  N Heart Conditions: \_\_\_\_\_

Y  N Seizures: Date of last seizure \_\_\_\_\_ Medications: \_\_\_\_\_

Y  N Allergies: Please list \_\_\_\_\_

Check if this medication is prescribed for the above allergy?  Benadryl  Epi-Pen  Other \_\_\_\_\_

Diabetes:  Type 1  Type 2 Comments: \_\_\_\_\_

Y  N Glasses/Contacts  Y  N Hearing aids  Y  N Migraines  Y  N Nosebleeds

List any medical conditions not listed that the school nurse should be aware of: \_\_\_\_\_

List all medications taken at home or school: \_\_\_\_\_

List past surgeries: \_\_\_\_\_

If a student needs daily medication to be taken during school hours, the parent must provide the medication in an original container (prescription or non-prescription) along with the "Authorization to Give Medication at School" form.

If after the school nurse assesses my child and determines that giving one of the medications below could provide symptomatic relief, I give the nurse permission to administer the medication to the student: If a child requires this medication, more than **4 times**, the parent must furnish the medicine for their child. Please mark out any medications listed below you **DO NOT** want your child to receive.

<i>*NURSE USE ONLY*</i>	Dose	Route	Date	Time	Nurse Signature	Dose	Route	Date	Time	Nurse Signature
Acetaminophen/Tylenol										
Ibuprofen/Advil/Motrin										
Tums										

Gainesville City School District has partnered with Dr. David Hocker to administer the lifesaving medication, Epinephrine in the event of a previously undiagnosed life threatening allergic reaction occurs. Designated school staff is trained to assess, call 911, and administer Epinephrine if available. When Epinephrine is administered, the student will be transported to the emergency department for evaluation and further treatment if needed.

I understand that in the event of an emergency, the school will take the appropriate action, including calling 911. Fees for transportation and medical services will be the responsibility of the parent/guardian. I also give permission to the hospital's emergency room staff to treat the student unless I am present and make other request. I understand that it is my responsibility to return this completed form as a process of enrolling my child in school. **I understand that I need to notify the school with any changes to this form throughout the school year.** By signing below, I acknowledge this information is correct and give consent for the school nurse to administer the above medication(s).

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

**STUDENT SUPPORTS**

**Occupational Survey (required by GaDOE; check all that apply)**

1. Has anyone in your household moved in order to work in another city, county, or state, in the last three (3) years? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

2. Has anyone in your household been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

- Planting/Picking vegetables (tomatoes, squash, onions, etc.) or fruits (grapes, strawberries, blueberries, etc.)
- Planting, growing, cutting, processing trees (pulpwood), or raking pine straw
- Processing/Packing agricultural products Dairy/Poultry/Livestock
- Packing/Processing meats (beef, poultry, or seafood)
- Commercial fishing or fish farms

**Please check your current living situation:**

- Rent or own current residence
- Sharing the housing of other persons (doubled-up) due to loss of housing, economic hardship, or similar reason
- In a motel, hotel, campground or similar setting due to lack of alternative adequate housing
- In an emergency or transitional shelter
- In a car, park, public space, abandoned building, substandard housing, bus or train station or similar setting
- Unaccompanied youth not living with a legal parent/guardian in one of the above transitional circumstances

**HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** **ESCUELAS DE LA CIUDAD DE GAINESVILLE**

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Información Adicional \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

**Marque S o N; en caso afirmativo, proporcione información adicional en el espacio proporcionado**

S  N Asma: ¿Inhalador recetado?  Y  N; ¿Se necesita inhalador en la escuela? \_\_\_\_\_

S  N Problemas Tiroideos: \_\_\_\_\_

S  N Enfermedades del Corazón: \_\_\_\_\_

S  N Convulsiones: Fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

S  N Alergias: Por favor enumere \_\_\_\_\_

Compruebe si este medicamento se prescribe para la alergia anterior.  Benadryl  Epi-Pen  Otro \_\_\_\_\_

Diabetes:  Tipo 1  Tipo 2 Comments: \_\_\_\_\_

S  N Gafas/Contactos  S  N Audífonos  S  N Migrañas  S  N Hemorragias nasales

Enumere cualquier condición médica que no esté en la lista y que la enfermera de la escuela deba conocer: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que toma en casa o en la escuela: \_\_\_\_\_

Lista de cirugías pasadas: \_\_\_\_\_

Si un estudiante necesita tomar un medicamento diario durante el horario escolar, el padre debe proporcionar el medicamento en un envase original (con receta o sin receta) junto con el formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos en la Escuela".

después de que la enfermera de la escuela evalúe a mi hijo y determine que administrar uno de los medicamentos a continuación podría proporcionar un alivio sintomático, doy permiso a la enfermera para administrar el medicamento al estudiante: Si un niño requiere este medicamento, más de **4 veces**, el padre debe proporcionar la medicina para su hijo. Marque los medicamentos enumerados a continuación que **NO** desea que su hijo reciba.

* SOLO PARA USO DE ENFERMERAS *	Dosis	Ruta	Fecha	Hora	Firma de la Enfermera	Dosis	Ruta	Fecha	Hora	Firma de la Enfermera
Acetaminofén/Tylenol										
Ibuprofeno/Advil/Motrin										
Tumos										

El Distrito Escolar de la Ciudad de Gainesville se ha asociado con el Dr. David Hocker para administrar el medicamento que salva vidas, la epinefrina, en caso de que ocurra una reacción alérgica potencialmente mortal no diagnosticada previamente. El personal escolar designado está capacitado para evaluar, llamar al 911 y administrar epinefrina si está disponible. Cuando se administre epinefrina, el estudiante será transportado al departamento de emergencias para evaluación y tratamiento adicional si es necesario.

Entiendo que en caso de una emergencia, la escuela tomará las medidas apropiadas, incluso llamar al 911. Las tarifas de transporte y servicios médicos serán responsabilidad del padre/tutor. También doy permiso al personal de la sala de emergencias del hospital para tratar al estudiante a menos que yo esté presente y haga otra solicitud. Entiendo que es mi responsabilidad devolver este formulario completo como parte del proceso de inscripción de mi hijo en la escuela. **Entiendo que debo notificar a la escuela sobre cualquier cambio en este formulario durante el año escolar.** Al firmar a continuación, reconozco que esta información es correcta y doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela administre los medicamentos anteriores.

Nombre del Padre / Guardián \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**STUDENT SUPPORTS**

**Encuesta ocupacional (requerida por GaDOE; marque todo lo que corresponda)**

- ¿Alguien en su hogar se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado o estado en los últimos tres (3) años?  Si  No
- ¿Alguien en su hogar ha estado involucrado en una de las siguientes ocupaciones, ya sea a tiempo completo o parcial o temporalmente durante los últimos tres (3) años?  Si  No
  - Plantar/Recolectar verduras (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)
  - Plantar, cultivar, cortar, procesar árboles (madera para pulpa) o rastrillar paja de pino
  - Procesamiento/Embalaje de productos agrícolas
  - Lácteos/Avicultura/Ganadería
  - Empaque/procesamiento de carnes (res, aves o mariscos)
  - Pesca comercial o piscigranjas

**Por favor, compruebe su situación de vida actual:**

- Alquile o sea propietario de la residencia actual
- Compartir la vivienda de otras personas (doblar) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razón similar
- En un motel, hotel, campamento o lugar similar debido a la falta de vivienda alternativa adecuada
- En un refugio de emergencia o de transición
- En un automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, vivienda precaria, estación de autobús o tren o entorno similar
- Jóvenes no acompañados que no viven con un padre/tutor legal en una de las circunstancias transitorias anteriores