v.2

MADISON COUNTY SCHOOLS

Student Health Form

(Formulario de salud del estudiante)

School Year
(Año escolar)

School (Escuela):	Grade (Grado):	Teacher (Maestro):
Student's Name (Nombre del estudiante):	Date of Birth (Fecha de nacimiento):	Gender (Genero): ☐ Male (Masculino) ☐ Female (Femenino)
Parent/Guardian Name(s)-(Nombre de padres o guardián):	Work Phone(s)-(Teléfono de trabajo):	Cell Phone(s)-(Teléfono celular):

Transportation (Transporte a la escula):

☐ CAR (en carro) ☐ BUS (en autobús)

Local Physician / Healthcare Provider (Su doctor o clinica local):	Phone (Teléfono):

STUDENT'S HEALTH HISTORY (HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

CONDITION (CONDICIÓN)	NO	YES (Sí)	LIST SYMPTOMS- MEDICATIONS NEEDED-COMMENTS (Síntomas - medicamentos - comentarios)
ALLERGY (life threatening) - (Alergias (que arriesgan la vida) To food (a la comida)			ACTION PLAN REQUIRED (available in school office & on-line) PLANDE ACEIÓN (disponible en la oficina, en línea
To medication (a medicinas)			
To insects (a insectos)			
Asthma (Asma)			
Seizure (Convulsiones)			
Diabetes -Must have DMMP from physician. (Diabetes - Debe tener plan de accion medico de diabetes)			
Attention Deficit (ADD, ADHD)-(Déficit de atención)			
Birth Defect/Physical Handicap (Defecto de nacimiento o impedimento físico)			
Bone/Joint Conditions (Desorden de huesos/articulaciones)			
Emotional/Psychological Disorder (Desorden emocional o psicológico)			
Headaches Migraine (Dolores de cabeza/migraña)			
Cardiac Conditions (Condiciones cardíacas)			
Hypertension (High Blood Pressure) - (Hipertension (Presión alta)			
Blood Disorder/Sickle Cell (Anemia facliforme/desorden de la sangre)			
Speech/Hearing Problems (Problemas del habla/auditivos)			
Gastrointestinal Conditions (Condiciones gastrointestinales)			
Surgery (Cirugia)			
Vision Problems (Problemas de visión)			Glasses? (Anteojos) ☐ Yes/Sí) ☐ No Contacts (lentes de contacto)? ☐ Yes/Sí) ☐ No
Handicaps, special needs, or other medical concerns not listed (Discapacidades, necesidades especiales, u otros problemas médicos)			
Is the student taking daily medication? (¿El estudiante toma medicación diaria?)			If **YES**, Please list (Proveer nombre de medicamentos):

I give my permission for my child to participate in the school's health program which may include health education and basic screening (vision, hearing, scoliosis, etc.). I give my permission for my child to receive standing orders/first aid care as needed. I give my consent for medical information to be shared between my child's medical provider and the school nurse. I consent that medical information may be shared with personnel who are directly involved with my child at school. It is the parent/guardian responsibility to notify the school of any medication or medical condition changes.

Yo doy permiso que mi hijo/hija participe en el programa de salud escolar que puede incluir educación en la salud y exámenes de salud básicos (visión, auditivos, escoliosis, etc). Yo doy permiso que mi hijo/hija reciba primeros auxilios o cuidados de salud fijos que sean ordenados o que sean necesarios. Doy permiso que la información medica sea compartida entre el médico de mi hijo/hija y la enfermera de la escuela. Doy permiso que se comparta información médica con el personal que está directamente involucrado con mi hijo/hija. Es la responsabilidad de los padres/guardianes de notificar a la escuela de cualquier cambio en medicamento o en su condición médica.

Parent/Guardian Signature:
(Firma de los padres/guardian) _____

Date
(Fecha): _____

Health forms and medical action plans are required each school year.
(Formulario de la salud del estudiante se requiere cada año.)