

Student Health Information/Medication Authorization

SCHOOL YEAR 2024-2025

Name of Student: _____

Grade: _____ ID: _____ Date of Birth: _____

**In case of emergency, the school will attempt to contact the parent/guardian.
Your child will be transported by ambulance to an emergency care facility if necessary.**

Physician Name: _____ Phone: _____

Please list all medications that your child takes: _____

Please check all that applies to your child:

- Allergies (food, insects, medication, environment)
(Specify): _____
- Heart Condition Diabetes Asthma Seizure Disorder ADD/ADHD Migraines Depression
- Other (Specify): _____
- Hearing Problems (Specify) Left ear _____ Right ear _____ Hearing Aids _____
- Vision Problems (Specify) Wears Eyeglasses _____ Contact Lenses _____

CONSENT FOR MEDICATION

* NEW MEDICATION FORM TO BE COMPLETED EACH SCHOOL YEAR*

I give permission to have the school nurse give the following over the counter medications.
Please check all medications that you consent to your child receiving if the nurse deems necessary.

Advil (Ibuprofen) _____ (Pain/Fever)	Tylenol (Acetaminophen) _____ (Pain/Fever)
Tums _____ (Upset Stomach)	Zyrtec _____ (Allergies)

I give permission to the school nurse to share information relevant to my child's health condition with appropriate school personnel when needed to meet my child's health and safety needs. I give permission to the school nurse to exchange information with my child's primary care physician for the purpose of referral, diagnosis and treatment.

Name of Parent/Guardian: _____
(Please Print)

Tel. Number (Cell): _____ Tel. Number (Work): _____

Signature: _____ Date: _____

**Información sobre la salud del estudiante/Autorización de medicamentos
AÑO ESCOLAR 2024-2025**

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____ ID: _____ Fecha de nacimiento: _____

En caso de emergencia, la escuela intentará ponerse en contacto con el padre/tutor.
Su hijo será transportado en ambulancia a un centro de atención de emergencia si es necesario.

Nombre del médico : _____ Número de teléfono: _____

Por favor, indique todos los medicamentos que toma su hijo: _____

Por favor, marque todo lo que corresponda a su hijo:

Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, ambiente)

(Especifique): _____

Afeción cardíaca Diabetes Asma Trastorno convulsivo TDA/TDAH Migrañas Depresión

Otros (Especifique): _____

Problemas de audición (especifique) Oído izquierdo _____ Oído derecho _____ Audífonos _____

Problemas de visión (especifique) Usa gafas _____ Lentes de contacto _____

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO

***FORMULARIO DE MEDICACIÓN NUEVO QUE DEBE COMPLETARSE CADA AÑO ESCOLAR*.**

Doy permiso para que la enfermera de la escuela administre los siguientes medicamentos sin recetas medicas.
Por favor, marque todos los medicamentos que usted consiente que su hijo reciba si la enfermera lo considera necesario.

Advil (Ibuprofen) _____
(Dolor/fiebre)

Tylenol (Acetaminophen) _____
(Dolor/fiebre)

Tums _____
(Malestar estomacal)

Zyrtec _____
(Alergias)

Doy permiso a la enfermera de la escuela para que comparta la información pertinente de la condición de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo. Doy permiso a la enfermera de la escuela para que intercambie información con el médico de cabecera de mi hijo con el fin de remitirlo, diagnosticarlo y tratarlo.

Nombre del padre/tutor: _____
(Por favor, escriba en letra de molde)

Tel. Número (Celular) : _____ Tel. (Trabajo): _____

Firma : _____ Fecha: _____