

Student Grade: \_\_\_\_\_

WILLIAM FLOYD SCHOOL DISTRICT

William Floyd High School – RETURN TO TEACHER OR NURSE A.S.A.P.

Students Name: \_\_\_\_\_

D.O.B.: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Town: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_

Name	Relationship to Student	Employer	Business Hours	Cell and/or Work#

The following individuals have permission to pick up my child **in case of emergency** (must be 18 years of age or older), if I cannot be reached. I understand that all previously submitted emergency release names will be deleted when the nurse is provided with new information.

Relationship to Student	Name	Address	Telephone#	Cell #

My child may not be released to \_\_\_\_\_, who is the non-custodial parent.  
Papers must be on file with the school.

**\*\*\* PLEASE NOTIFY SCHOOL NURSE OF ANY CHANGES IN YOUR CHILD'S HEALTH\*\*\***

*All students in grade PK or K, 1,3,5,7, 9 and 11, and all students new to the district are required to have a physical examination. If the results of your child's examination have not been received from your family physician within 30 days of beginning school, the school physician will examine your child.*

Special Alerts: \_\_\_\_\_

**Health History:**

- Name of Student's Physician \_\_\_\_\_ Telephone No.: \_\_\_\_\_
- Has your child, during the past summer, had any illness, injury, or surgery? Yes / No (circle one)  
Specify: \_\_\_\_\_
- Has your child received any immunizations not previously reported? Yes / No (circle one)  
Specify Type and Date if yes, (please submit M.D. Signed Statement) \_\_\_\_\_
- Is your child taking any medication? Yes / No (circle one)  
Specify: \_\_\_\_\_
- Does your child have a hearing problem? Yes / No (circle one) \_\_\_\_\_
- Please list all allergies: \_\_\_\_\_
- Is there any information concerning the general health of your child that the school Nurse should be aware of? Yes / No  
Explain any restrictions? \_\_\_\_\_
- Does your child have any siblings in other district buildings? Yes / No (circle one)

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**WILLIAM FLOYD SCHOOL DISTRICT**

**Tarjeta de información médica para casos de emergencia**

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y DEVUELTO AL MAESTRO O ENFERMERA DE SU NIÑO INMEDIATAMENTE.**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Student ID # \_\_\_\_\_

Nombres de los adultos en el hogar	Relación con el niño	Empleador / horas de trabajo	Teléfono celular o teléfono de trabajo

Mi hijo PUEDE  o NO PUEDE  ser entregado al padre que no tiene la custodia. Nombre \_\_\_\_\_

Las siguientes personas pueden tener permiso para recoger a mi hijo en caso de emergencia si no puedo ser contactado. Entiendo que todos los nombres de liberación de emergencia presentados anteriormente se borrarán cuando se proporcione a la enfermera nueva información.

Nombre	Relación con el niño	Dirección	Teléfono de casa

Todos los estudiantes de los grados PK, K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11 y todos los estudiantes nuevos en el distrito deben someterse a un examen físico. Todos los estudiantes que no han presentado un examen físico de un médico privado dentro de los 30 días de comenzar la escuela serán examinados por el médico de la escuela.

Firma del padre

¿Su hijo tiene algún problema médico? \_\_\_\_\_

Fecha

**\*\*\* POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DE SU NIÑO SI HAY ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD. \*\*\***

Apellido y nombre del niño: \_\_\_\_\_

1. Nombre del médico del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad, lesión o cirugía durante el verano pasado? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha recibido su hijo alguna vacuna que aún no haya denunciado? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, escriba el tipo de inmunizaciones y la fecha en que su hijo recibió las vacunas, y por favor envíe la declaración con la del médico con la firma del médico. \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo toma algún medicamento? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué tipo de medicamento toma su hijo? \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo tiene algún problema de audición? \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo usa anteojos? \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene su hijo alguna alergia? \_\_\_\_\_

Si es así, anote todas las alergias que su hijo tiene. \_\_\_\_\_

8. ¿Hay alguna información concerniente a la salud general de su niño que la enfermera de la escuela debe saber? ¿Su hijo tiene alguna restricción? \_\_\_\_\_

9. ¿Su hijo tiene hermanos en esta escuela o en otras escuelas? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, anote los nombres de los hermanos de su hijo y la escuela a la que asiste.

Nombre del hermano: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del hermano: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del hermano: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_