



Student Health Information Form

Last name: _____ First name: _____ Preferred name: _____

Student ID: _____ DOB: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Gender: M F Transportation: _____

Health History

Please check all that apply for your child:

☐ Diabetes

☐ Cancer

☐ Asthma

☐ Physical Handicaps

☐ Seizure Disorder

☐ Head Injury

☐ Sickle Cell

☐ Heart Condition

☐ ADHD/ADD

☐ Other

Please be prepared to provide documentation directly to the school nurse regarding any and all health conditions/concerns and medications.

Allergies

Please indicate severe allergies potentially resulting in life threatening reaction:

☐ Peanuts

☐ Insect Stings

☐ Tree Nuts

☐ Other: _____

☐ My child can receive oral Benadryl in the event of an emergency

☐ My child has an EpiPen. EpiPen must be given to nurse to keep in the clinic.

Any potentially severe allergy requires your child to have an Allergy Care Plan on file with the individual school nurse.

If you answered yes to any of the above, please provide details in the space provided along with any other physical or mental health issues which may be a concern at school.

Does your child have any condition that would limit physical education activities? If yes, please list and explain.

Does your child take prescribed medication routinely? If yes, please list.

Does your child need to take medications at school? (Example- ADHD medication, Inhaler, seizure meds, Epi-pen). If yes, please list.

***Please see the school nurse if your child needs to take medication at school.*

Permission for Medication:

I give permission for my child to receive the following medication (or the generic equivalent) according to the label instructions. Guardian will be notified prior to administration. Please check all that apply.

☐ Tylenol

☐ Cough Drop

☐ Advil

☐ Caladryl/Calamine lotion

☐ Tums

☐ Benadryl Anti-Itch Cream

☐ DO NOT ADMINISTER MEDICATION

Permission for Screenings:

I give permission for my child to receive the following screenings. Please check all that apply.

☐ Hearing

☐ Dental

☐ Vision

☐ Nutrition

I understand that, in the event of an emergency, if I cannot be reached, the school will have my child transported to the hospital via the EMS/911 service to receive appropriate treatment.

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Guardian 1 : _____

Relationship : _____

Phone Number : _____

Guardian 2 : _____

Relationship : _____

Phone Number : _____

Other 1 : _____

Relationship : _____

Phone Number : _____

Other 2 : _____

Relationship : _____

Phone Number : _____

Guardian Signature: _____

Date: _____



Formulario de Información de Salud del Estudiante

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Nombre preferido: _____

ID del estudiante: _____ Fec. Nac.: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Género: M F Transporte: _____

Historial de Salud

Por favor, marque todas las opciones que correspondan para su hijo(a):

☐ Diabetes☐ Cáncer

☐ Asma☐ Discapacidad física

☐ Trastorno convulsivo☐ Lesión en la cabeza

☐ Anemia de células falciformes☐ Condición cardíaca

☐ TDAH / TDA☐ Otro

Por favor, esté preparado para proporcionar documentación directamente a la enfermera de la escuela con respecto a todas y cada una de las condiciones/problemas de salud y medicamentos.

Alergias

Por favor, indique si existen alergias graves que puedan poner en peligro la vida:

☐ Cacahuates☐ Picaduras de insectos (Maní)

☐ Nueces de árbol☐ Otro: _____

☐ Mi hijo(a) puede recibir Benadryl oral en caso de una emergencia.

☐ Mi hijo(a) tiene un EpiPen. El EpiPen debe entregarse a la enfermera para que lo guarde en la clínica.

Cualquier alergia potencialmente grave requiere que su hijo(a) tenga un Plan de Cuidado de Alergias archivado con la enfermera de la escuela.

Si respondió "sí" a cualquiera de las opciones anteriores, por favor proporcione detalles en el siguiente espacio, junto con cualquier otro problema de salud física o mental que pueda ser de preocupación en la escuela:

¿Tiene su hijo(a) alguna condición que limite las actividades de educación física? Si es así, por favor enumere y explique:

¿Su hijo(a) toma medicamentos recetados de forma rutinaria? Si es así, por favor enumere:

¿Su hijo(a) necesita tomar medicamentos en la escuela? (Ejemplo: medicamento para el TDAH, inhalador, medicamento para convulsiones, Epi-pen). Si es así, por favor enumere:

***Por favor, consulte a la enfermera de la escuela si su hijo(a) necesita tomar medicamentos en la escuela.*

Permiso para Medicamentos

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba el siguiente medicamento (o el equivalente genérico) de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta. El tutor será notificado antes de la administración. Por favor, marque todo lo que corresponda:

☐ Tylenol (Acetaminofén)☐ Pastillas para la tos

☐ Advil (Ibuprofeno)☐ Loción de Caladryl / Calamina

☐ Tums (Antiácido)☐ Crema de Benadryl contra la picazón

☐ NO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Permiso para Evaluaciones

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba las siguientes evaluaciones de salud. Por favor, marque todas las que correspondan:

☐ Audición☐ Dental

☐ Visión☐ Nutrición

Entiendo que, en caso de una emergencia, si no se me puede localizar, la escuela transportará a mi hijo(a) al hospital a través del servicio de EMS / 911 para recibir el tratamiento adecuado.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Tutor 1 : _____

Parentesco/Relación : _____

Número de teléfono: _____

Tutor 2 : _____

Parentesco/Relación : _____

Número de teléfono: _____

Otro 1 : _____

Parentesco/Relación : _____

Número de teléfono: _____

Otro 2 : _____

Parentesco/Relación : _____

Número de teléfono: _____

Firma del Tutor: _____

Fecha: _____