

**NASHUA SCHOOL DEPARTMENT HEALTH OFFICES
INFORMATION UPDATE FORM**

Dear Parents,

At the start of each school year it is necessary for the school Nurse to update all students' health information. Please fill out this form and have your child return it to the School Health Office tomorrow.

Name _____ Date of Birth _____ Grade _____
Last First M.I.

Student Residence/Mailing Address _____

Student Lives With _____

Parent/Guardian _____ Home# _____
Work# _____ Cell# _____ email _____
Address _____

Parent/Guardian _____ Home# _____
Work# _____ Cell# _____ email _____
Address _____

List in order of preference, parents and two neighbors or nearby relatives who will assume care of your child in case of illness/accident.

Parent _____ phone # _____ Parent _____ Phone # _____

1. _____ phone # _____ 2. _____ Phone # _____

List siblings first and last name and date of birth, school child is attending

Please list any medical conditions or restrictions we need to beware of.

Note any Allergies your child had: Food, Insect, Medication, Other. Describe the reaction they experience.

Is your child taking any medication? Yes- No Please list:

Was there any significant change or event over the summer that we should be aware of?

Please list and dismissal restriction (ex. Restraining order, divorce, custody):

Parent/Legal Guardian Permission to Release and Exchange Confidential Information:

In order to provide a safe learning environment and to best meet the needs of your child _____ (name) it may be necessary to exchange health information with other school-based personnel who also care for your child. Only information that is necessary to provide, Medical and Educational and Guidance services for your child will be released.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Relationship to Child: _____

**DEPARTAMENTO ESCOLAR DE NASHUA
OFICINAS DE SALUD
FORMULARIO PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Estimados Padres:

Al comienzo de cada año escolar es de suma importancia que la enfermera actualice el historial de salud de cada estudiante. Por favor sírvase llenar y firmar este formulario, y devolverlo mañana mismo con su niño o niña

Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
----------	--------	----------------------------

Dirección del domicilio _____

El estudiante vive con _____

Nombre del Padre _____

Números telefónicos _____

casa	trabajo	celular	Correo electrónico

Dirección del Padre _____

Nombre de la madre _____

Números telefónicos	casa	trabajo	celular	Correo electrónico

Por favor enumere en orden de preferencia a las personas que podemos contactar en caso de emergencia. Puede incluir los nombres de dos vecinos y dos parientes que vivan cerca.

1. _____ Teléfono _____ #2 _____ Teléfono _____

3. _____ Teléfono _____ #4 _____ Teléfono _____

Por favor escriba los nombres y las fechas de nacimiento de los hermanos y hermanas que asisten a las otras escuelas de Nashua.

Nombre	Escuela	Fecha de nacimiento
--------	---------	---------------------

Nombre	Escuela	Fecha de nacimiento
--------	---------	---------------------

Tiene su niño o niña alguna condición médica , restricciones, alergias, o medicamentos de lo cual tenemos que estar enterados?
Por favor chequí: ☐ SI ☐ NO

Hubo algún cambio significativo o algún evento importante durante las vacaciones de verano, de lo cual debemos estar enterados?
Por favor chequé: SI NO

Por favor déjenos saber si existe alguna restricción a la hora de salida de la escuela, de lo cual tenemos que estar enterados.
(Por ejemplo: orden de restricción, divorcio custodia etc.)

Padre/ Tutor Legal/ Guardián Legal. Permiso para ceder y compartir información confidencial:

Para poder proporcionar el mejor ambiente de aprendizaje y poder responder a todas las necesidades de su niño/niña (nombre) _____ puede que sea necesario intercambiar información de salud con personal que está basado en la escuela y que trabaja con su niño o niña. Solamente será cedida aquella información que es necesaria para proporcionar servicios médicos, educativos y de consejería para su niño o niña.

Consentimiento:

Firma del Padre/Madre o guardian Legal

Parentesco con el estudiante	Fecha
------------------------------	-------

Fecha

Formulário de atualização de informações de saúde NSD

Professor de sala: _____

No início de cada ano letivo, é necessário que a enfermeira da escola atualize todas as informações de saúde. Preencha este formulário e peça ao seu filho para devolvê-lo ao Escritório de Saúde amanhã.

Nome do estudante: _____ Data de nascimento: _____

Liste todas as condições médicas ou restrições que precisamos estar cientes: _____

O seu filho tem: Asma ___ Diabetes ___ Epilepsia ___ Convulsões ___ Paralisia Cerebral ___ Surdez ___

Cegueira ___ Dores de cabeça ___ Condição Cardíaca ___ Defeito Cardíaco ___

ALERGIAS

Alérgeno	Reação	Medicação em uso	Com risco de vida

O seu filho está tomando algum medicamento? Sim: ___ Não: ___ Se sim, por favor liste o nome do medicamento e a razão para tomá-lo: _____

Seu filho precisará de algum medicamento durante o horário escolar? Se sim, quais são? _____

Observação: NENHUM medicamento pode ser administrado ao seu filho sem um atestado médico ESCRITO, um formulário de liberação ASSINADO pelo pai ou responsável, e o medicamento DEVE estar em sua embalagem original. O frasco de prescrição NÃO É suficiente para um atestado médico.

Seu filho teve recentemente alguma doença, cirurgia ou acidente grave? ___ Descrever: _____

Houve alguma mudança ou evento significativo durante o verão do qual devemos estar cientes? _____

Liste todas as restrições de demissão (ordem de restrição, divórcio, custódia, outros) _____

Permissão dos pais / responsáveis / responsáveis para divulgar e trocar informações confidenciais:

Para melhor atender às necessidades de seu filho, pode ser necessário trocar informações sobre saúde com outros funcionários da escola que também interagem com seu filho. Somente as informações necessárias para fornecer serviços médicos, educacionais e / ou de orientação para seu filho serão divulgadas.

Reconhecimento / Consentimento: _____

Assinatura do pai / responsável

Nome impresso do pai / responsável

Relacionamento do Adulto com o Aluno: _____ Encontro: _____