Health History Form for Extended Day, Overnight, or Out-of-State Field Trips

Verona Area School District

Student First & Last Name: _____ Birthdate:_____
Address:_____
Parent/Guardian Name:_____ Mobile #:_____ Work #:_____
Parent/Guardian Name:_____ Mobile #:_____ Work #:_____
Emergency Contact:_____ Phone #:_____
Emergency Contact:_____ Phone #:_____
Medical Provider's Name:_____ **Phone #:**_____

Has your child been diagnosed with any of the following conditions by a medical provider (check all that apply)? If any condition requires medication or medical intervention, specify in the details, and complete the medication section. **Additional documentation from a medical provider may be required.**	
☐ Diabetes ☐ Cardiac conditions/Bleeding disorder ☐ Life threatening allergies ☐ Medication allergies ☐ Asthma ☐ Epilepsy/seizure disorders ☐ Migraines/chronic headaches ☐ Neurodevelopmental disorders ☐ Mental health conditions ☐ Sleep disorders ☐ Other _____	**Specify:**

MEDICATION ADMINISTRATION

MEDICATION: Is your child currently taking any medication (including emergency medications)?
Yes □ No □

Medication Name:	Prescriber's Name:	Dose: mg/mL	Form (pill, Inhaler)	Time/ Frequency	Self-Administer?	Reason:
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION AND PROVIDER COMMUNICATION

I hereby give my permission for designated school personnel or volunteers to give the above medication(s) as directed and to communicate with the medical provider(s) as necessary. I further agree to hold the Verona Area School District and its employees administering the medication(s) harmless for any claims arising from the administration of this medication. All medications will be sent with my child in the original pharmacy-labeled container (prescription medication) or the original manufacturer's packaging (non-prescription medication). I understand all controlled substances, including ADHD medications, require written orders from the prescribing physician and must be stored and administered by a designated staff member or chaperone.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

AUTHORIZATION FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION

I give permission for my child to administer their own medication(s), as indicated above, during the school-sponsored trip. I understand all prescription medications require written orders from the prescribing physician, including medications that are self-administered.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

In the event of EMERGENCY CONDITIONS, the following procedures will be followed by the Verona Area School District:

1. Emergency first aid will be given by the teacher, chaperone, or other qualified person.
2. In the case of serious injury/illness, the child will be transported to the nearest hospital for examination by a healthcare provider.
3. Reasonable effort will be made to contact the parent/guardian referenced above.

To the best of my knowledge, _____ is in good health and free of any communicable disease. In the event I am unable to be reached, I hereby consent to my child's treatment as recommended by the physician/hospital. I understand that I as a parent /guardian am responsible for the cost of the service rendered.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

HEALTH INSURANCE INFORMATION

To be used in the event of urgent or emergency medical treatment

Insurance Provider: _____

Insurance Provider Telephone #:_____

Subscriber Name:_____

Policy Number:_____

Formulario de Historial Médico para Excursiones Nocturnas y Fuera del Estado

Distrito Escolar del Área de Verona

Estudiante :_____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección:_____

Padre/tutor:_____ Cel.:(_____)_____ Trabajo:(_____)_____

Padre/tutor:_____ Cel:.(_____)_____ Trabajo:(_____)_____

Contacto de emergencia:_____ Teléfono:____(_____)_____

Contacto de emergencia:_____ Teléfono:____(_____)_____

Nombre del proveedor médico:_____ **Teléfono:**____(_____)_____

¿Le han diagnosticado a su hijo alguna de las siguientes afecciones por un médico o proveedor ? (marque todas las opciones que correspondan) ISi alguna afección requiere medicación o intervención médica, especifiquelo en los detalles y complete la sección de medicación. **Es posible que se requiera documentación adicional de un profesional médico.**	
☐ Diabetes ☐ Afección cardíaca / sangrado ☐ Alergias potencialmente mortales ☐ Alergias a medicamentos ☐ Asma ☐ Epilepsia/trastornos convulsivos ☐ Migrañas/dolores de cabeza crónicos ☐ Trastornos del neurodesarrollo ☐ Trastornos de salud mental ☐ Trastornos del sueño ☐ Otro _____	**Especificar:**

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

MEDICACIÓN: ¿Su hijo/a está tomando actualmente algún medicamento (incluidos los de emergencia)? Sí □No □

Nombre del medicamento:	**Nombre del médico que prescribe:**	**Dosis: mg/mL**	**Forma (pastilla, inhalador)**	**Hora/ Cada cuando**	**Auto ¿Administrar ?**	**Razón:**
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN Y COMUNICACIÓN DE MEDICAMENTOS

Por la presente, autorizo al personal escolar o a los voluntarios designados a administrar los medicamentos mencionados según las indicaciones y a comunicarse con los profesionales médicos cuando sea necesario. Asimismo, eximo de toda responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Verona y a sus empleados que administren los medicamentos ante cualquier reclamación derivada de su administración. Todos los medicamentos se enviarán con mi hijo/a en su envase original de la farmacia (medicamentos con receta) o en el envase original del fabricante (medicamentos sin receta). Entiendo que todas las sustancias controladas, incluidos los medicamentos para el TDAH, requieren una orden escrita del médico que los prescribe y deben ser almacenadas y administradas por un miembro del personal o un acompañante designado.

_____ _____

Firma del padre/madre o tutor legal **Fecha**

AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Autorizo a mi hijo/a a administrarse sus propios medicamentos, según lo indicado anteriormente, durante la excursión escolar. Entiendo que todos los medicamentos recetados requieren una orden escrita del médico que los prescribe, incluidos aquellos que se administran uno mismo.

_____ _____

Firma del padre/madre o tutor legal **Fecha**

En caso de CONDICIONES DE EMERGENCIA, El distrito escolar del área de Verona seguirá los siguientes procedimientos:

4. Los primeros auxilios de emergencia serán proporcionados por el maestro, el acompañante u otra persona calificada.
5. En caso de lesión o enfermedad grave, el estudiante será trasladado al hospital más cercano para ser examinado por un profesional de salud.
6. Se harán todos los esfuerzos razonables para contactar al padre/tutor mencionado anteriormente.

Según mi saber y entender, _____ goza de buena salud y no padece ninguna enfermedad contagiosa. En caso de no poder ser contactado, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba el tratamiento recomendado por el médico/hospital. Entiendo que, como padre/madre/tutor legal, soy responsable del costo del servicio prestado.

_____ _____

Firma del padre/madre o tutor legal **Fecha**

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS MÉDICOS

Para ser utilizado en caso de tratamiento médico urgente o de emergencia

Proveedor de seguros:_____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Nombre del dueño de la poliza: _____

Número de póliza:_____