

**Student Health Information and
Authorization for Emergency Medical Treatment**

2019-2020

We would appreciate your help in updating your child's health and emergency information each school year so that we can take the best possible care of him/her at school. Please fill out this information sheet, sign and return it to school.

Student's Name	Birth Date	Sex	Grade
----------------	------------	-----	-------

Parent/Legal Custodian Name and Address	Daytime Phone
---	---------------

Family Doctor/Town/Phone Number	Family Dentist/Town/Phone Number
---------------------------------	----------------------------------

Preferred Hospital	Medical insurance Company/Phone Number
--------------------	--

Email we can use to contact you	Emergency contact and phone number
---------------------------------	------------------------------------

Please Check Any Medical Conditions Your Student Has Had:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frequent earaches, infections, colds | <input type="checkbox"/> Frequent nosebleeds | <input type="checkbox"/> Scarlet fever, rheumatic fever |
| <input type="checkbox"/> Kidney or bladder problems | <input type="checkbox"/> Physical limitation
Diagnosed by a physician | <input type="checkbox"/> Asthma
Has inhaler? Yes / No |
| <input type="checkbox"/> Eczema/skin trouble | <input type="checkbox"/> Vision problem
Glasses? _____
Contacts? _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes
Insulin Required? Yes / No
Pump _____
Injections _____ |
| <input type="checkbox"/> Frequent headaches | <input type="checkbox"/> Heart condition
Requires medication?
Yes / No | <input type="checkbox"/> Ever Had Seizures
Do you have Diastat? Yes / No
Date of last seizure? _____ |
| <input type="checkbox"/> Family history of tuberculosis | | |
| <input type="checkbox"/> Hearing/Speech problem | | |
| <input type="checkbox"/> Ever had chickenpox | | |

Please explain the above marked areas, and any additional special health concerns:

Any allergies to:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Food
<i>Diet modification Yes / No
(required by a doctor)</i> | <input type="checkbox"/> Medications/ list below:
_____ | <input type="checkbox"/> Bees or insect Sting Requiring Medication |
| <input type="checkbox"/> Plants | <input type="checkbox"/> Animals | <input type="checkbox"/> Other _____ |

-
- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Epipen required</u> | <input type="checkbox"/> <u>Inhaler required</u> | <input type="checkbox"/> <u>Benadryl required</u> | <input type="checkbox"/> <u>Other Medications</u>
_____ |
|--|---|--|---|

If medication is required for treatment of allergic reaction, please contact the school nurse.

Información sobre la salud del estudiante y
Autorización para recibir tratamiento médico de emergencia

le agradeceríamos su ayuda en la actualización de la información de salud y de emergencia de su hijo cada año escolar, para que podamos tener la mejor atención posible de él / ella en la escuela. Por favor llene esta hoja de información, firmar y devolver a escuela.

Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento Sexo Grado

Padre/Legal Custodio Nombre y dirección Numero de Telefono

Doctor Familiar / Pueblo / Teléfono Dentista Familiar / Pueblo / Número de Teléfono

Compania de seguro medico / número de teléfono hospital Preferido

HISTORIAL MÉDICO del estudiante: Seleccione las condiciones que tenga

- frecuentes dolores de oído, infecciones, resfriados
- hemorragias nasales frecuentes
- Condición del Corazón Requiere Medicamento? Si/No
- Riñón o problemas de la vejiga
- defectos físicos
- Asma Tiene inhalador?
- Eczema /problemas de la piel
- Problema de la vista Lentes____? Lentes de contacto____?
- Diabetes Requiere insulina Si/No O inyecciones
- frecuente dolores de cabeza
- Problemas del habla
- Alguna vez ha tenido Convulsiones / ataques
- historial Familiar de tuberculosis
- Problema de audición
- Alguna vez ha tenido reacción que requiere medicación
- Nunca dio positivo o tratamiento para la tuberculosis (TB)
- escarlatina, fiebre reumática
- problema de salud mental
- Alguna vez ha tenido Varicela

Por favor explique los problemas especiales de salud:

ALERGIAS:

- Plantas
- Comidas
- Abejas o picadura de insecto requiriendo medicación
- Medicamentos
- Animales
- Otros

Requiere inyeccion Requiere Inhalador Requiere Benadryl Requiere otros Medicamentos

If medication is required for treatment of allergic reaction, please contact the school nurse.

Si se necesita medicamento para el tratamiento de reacciones alérgicas, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela:

¿Los problemas de salud de su hijo/ja afecta su vida personal o en la participación de la escuela SI o NO. Si es si explique, por favor:

Su hijo/a a sido diagnosticado con las siguientes enfermedades?

- ADHD Depression Condicion mental
- Autismo Ansiedad Otra condición mental diagnosticada

Mencione y proporcione cualquier, lesion, deformidades u operaciones:

Nunca dio positivo o tratamiento para tuberculosis,toma medicamentos o tratamientos con regularidad? SI NO
En caso de que sea que si? por favor explique la condición médica y los medicamentos recibidos:

Se le puede administrar Tylenol a su hijo en la dosis adecuada por un personal capacitado. **Si** **No**

Yo doy permiso para que el siguiente medicamento sea administrado por la Enfermera:

- Ibuprofeno Pastillas Antiacidos Pastilas para la garganta Gotas para ojos
- Benadryl Analgesicos Orales Analgesicos para dolor

hijo usa lentes de contacto? _____ Lentes? _____

Autorizo el director o su designado / a para el transporte y el tratamiento médico o dental de emergencia cuando la necesidad de dicho tratamiento es inmediato y cuando los esfuerzos para ponerse en contacto conmigo no tienen éxito. Esta autorización se mantendrá vigente durante todo el año escolar a menos que sea revocada por escrito y entregar al Distrito Escolar de Eagle Grove. Entiendo que el Distrito Escolar de Eagle Grove, de sus empleados y se sienta Consejo de Administración no asumirá ninguna responsabilidad de cualquier naturaleza en relación con el transporte o el tratamiento de dicho menor. Entiendo, además, que todos los costos de transporte para la, hospitalización, exámenes, radiografías o tratamiento proporcionado en relación con esta autorización será mi responsabilidad.

NO autorizo o mi consentimiento para el tratamiento médico o dental de emergencia para mi hijo. Por favor referirse procedimiento a seguir si el niño tiene, problemas hasta que los padres pueden ser contactados:

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Entiendo que la información médica proporcionada anteriormente será compartida, si está indicado, con aquellos que necesitan saber para proporcionar un ambiente seguro para mi hijo.

(expira al final del año escolar.)

Firma del Padre / Tutor Fecha