

SCHOOL DISTRICT OF COLBY
MEDICAL HEALTH INFORMATION FOR 20 __-20__ SCHOOL YEAR

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

All medical information will be kept **confidential**. All pertinent health information will be shared with school staff as needed.

Note: The law states signed consent forms by the practitioner and parent **MUST** be on file when a child receives prescription medication. Parent consent form **MUST** be on file when child receives non-prescription medication. Please obtain these forms from school if you have not already done so.

******ALL PRESCRIBED MEDICATIONS MUST HAVE AN ORDER SIGNED BY A PRACTITIONER******

Does your child take daily medications (s): _____ Do they need to take medication at school? ____ Yes ____ No ; if yes explain: _____

It is important for the school to have health information on each student. To help us to better serve the needs of your child, please answer the following:
Please check as many as applies:

Permission given for vision screening ____ Hearing screening ____

____ **My child does not have any health concerns**

____ Asthma; Inhaler at school? Yes/ No Triggers: _____ Daily inhaler used? Yes/ No Self carry? Yes/ No Emergency inhaler? _____

____ Diabetes When diagnosed? _____ Last Hgb A1C: _____ Insulin: Pen Pump Syringe Diabetes Doctor: _____ Last seen: _____

____ Seizures Date of last seizure: _____ Emergency medication? Yes/ No If yes, name of medication: _____ Seizure Doctor: _____ Last seen: _____

____ Vision difficulties Wears glasses/contacts? Yes/ No History of blindness? Yes/No Eye Doctor: _____ Last seen: _____

____ Hearing difficulties Wears hearing aids? Yes/ No Hearing Doctor: _____ Last seen: _____

____ Heart Trouble; please explain. Any restrictions must be accompanied by a written medical excuse: _____

____ Allergies to: Medications: _____ Reactions would be: _____

Food: _____ Reactions would be: _____

Bees: _____ Reactions would be: _____

Other: _____ Reactions would be: _____

____ Does your child need/use an Epi-Pen at home/school? Yes /No Self carry? Yes /No Instructed on how to use? Yes /No

Other health concerns (such as concussion, dental, behavior, developmental, nutrition, kidney trouble, ulcers, migraines, serious accidents or operations): _____

If I cannot be reached immediately, I authorize designated school personnel to call or drive my child to the physician, dentist, or hospital if the need for emergency care exists. An ambulance may be called if necessary. I further authorize emergency treatment to be initiated when needed. I hereby indemnify and hold harmless school staff and medical providers who act in reliance of this authorization.

Practitioner/Clinic: _____ Phone: _____

Dentist/Clinic: _____ Phone: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

**DISTRITO ESCOLAR DE
INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL 20 __ - 20 __ AÑO ESCOLAR**

Apellidos: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial de 2º Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Toda la información médica es confidencial. Toda la información médica pertinente será compartida con el personal escolar y el contratista de transportación en caso de emergencia.

Note: Es Política del Consejo Escolar que formularios de consentimiento del doctor y padres DEBEN estar archivados cuando un niño/a recibe medicamento con prescripción. El formulario de consentimiento DEBE estar archivado cuando recibe medicamentos sin receta. Por favor obtenga estos formularios de la escuela si aún no lo ha hecho.

******TODA LA MEDICINA QUE CARGAN ELLOS MISMOS DEBE TENER UNA ORDEN DEL DOCTOR******

Medicina Diaria: _____ **Administrada en la Escuela?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Es muy importante para la escuela tener información médica de cada estudiante. Para mejor ayudar a su hijo, por favor contesta lo siguiente:

Marque todas las referentes de su caso:

Permiso otorgado para examen de la vista _____ Examen de audición _____

___ Mi hijo/a no tiene problemas de salud

___ **Asma;** Tiene inhalador en la escuela? ☐ **Sí/No** Que lo provoca: _____ **Uso de inhalador a diario?** ☐ **Sí/No** **Carga inhalador?** ☐ **Sí/No** **Inhalador de Emergencia?** _____

___ **Diabetes** Cuando fue diagnosticado/a? _____ **Los últimos resultados de Hgb A1C:** _____ **Insulina:** Lápiz Pompa Jeringa **Doctor de Diabetes:** _____ **Última cita:** _____

___ **Convulsiones** Día de la última convulsión: _____ **Medicamento de emergencia?** ☐ **Sí/No** Si sí, nombre de medicamento: _____ **Doctor de Convulsiones** _____ **Última cita:** _____

___ **Dificultades visuales; usa lentes/contactos?** ☐ **Sí/No** **Historial ceguera?** ☐ **Sí/No** **Doctor de Visión:** _____ **Última cita:** _____

___ **Dificultades para escuchar; usa amplificador de sonido?** ☐ **Sí/No** **Doctor de Oído:** _____ **Última cita:** _____

___ **Problemas cardiacos, por favor explique. Cualquier restricción debe tener una justificación médica:** _____

___ **Alergias a:** **Medicinas:** _____ **Reacción:** _____

Alimento: _____ **Reacción:** _____

Picadura de avispas: _____ **Reacción:** _____

Otros: _____ **Reacción:** _____

___ **Usa el Epi-pen en casa o en la escuela?** ☐ **Sí/No** **Lo carga él/ella mismo/a?** ☐ **Sí/No** **Educado en cómo usarlo?** ☐ **Sí/No**

Algún otro problema médico (como concusión, dental, comportamiento, desarrollo, nutrición, problemas renales, úlceras, migrañas, accidentes u operaciones): _____

Si no puedo ser localizado inmediatamente, autorizo al personal de la escuela que llame o transporte a mi hijo al doctor, dentista, u hospital si existe la necesidad de atención médica. Llamaremos a una ambulancia si es necesario. Además, autorizo que se inicie cualquier tipo de atención médica cuando sea necesario. Por este medio aseguro que no haré responsable al personal de la escuela ni a los proveedores médicos que actúan en confianza de esta autorización.

Doctor/Clínica: _____ **Teléfono:** _____

Dentista/Clínica: _____ **Teléfono:** _____

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____