



Health Form 2021 - 2022 (Responda en inglés cuando pueda)

Student's Legal Name:

(Nombre Legal del Estudiante)

Birthdate: Gender: Grade:

(Fecha de Nacimiento) (Género) (Grado)

Health Concerns: Please X and explain if your child experiences any of the following.

(Preocupaciones de Salud: X y explique si su hijo experimenta alguno de los siguientes síntomas.)

No Health Concerns (Sin Problemas de Salud)

Allergies to (Alergias a) _____; **Reaction**(Reaccion)_____

Food Intolerance to _____; **Reaction**(Reaccion)_____

(Intolerancia Alimentaria a)

Asthma(Asma)

Diabetes: Type 1 Type 2 Managed by(Gestionado por): Diet/Activity

Oral Meds (Medicamentos Orales) Pump(Bomba) Injections(Inyecciones)

Seizures(Convulsiones):type/description/frequency(tipo/descripción/frecuencia)_____

Social-Emotional/Behavioral/Mental Health_____

(Salud Social-Emocional / Conductual / Mental)

Activity Restrictions (restricciones de actividad)_____

Special Education / 504 Plan(educación especial) circle(círculo si se trata de su hijo)

Other Health Concern (Otro Problema de Salud)_____

My child has health insurance (mi familia tiene seguro médico)

I would like assistance in obtaining insurance (Me gustaría recibir ayuda para obtener un seguro)

Preferred hospital in the event of an emergency(Hospital preferido en caso de emergencia)

Medications: List **ALL** medications that this student takes. **WRITTEN CONSENT IS REQUIRED BY BOTH THE STUDENT'S GUARDIAN AS WELL AS THEIR HEALTH CARE PROVIDER.** Complete a Medication

Administration Form for **ANY** medication (**BOTH PRESCRIPTION AND NON-PRESCRIPTION**) needing to be administered **during school hours** (forms are available in the Health Office).

Medicamentos: Indique **TODOS** los medicamentos que toma este estudiante. **EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO ES REQUERIDO TANTO POR EL TUTOR DEL ESTUDIANTE COMO POR SU PROVEEDOR DE**

ATENCIÓN MÉDICA. Complete un Formulario de administración de medicamentos para **CUALQUIER** medicamento (**TANTO CON RECETA Y SIN RECETA**) que deba administrarse **durante el horario escolar** (los formularios están disponibles en la Oficina de Salud).

Name of Medication

<u>Nombre de</u>	<u>Dose</u>	<u>Purpose</u>	<u>How Often</u>	<u>Given during school?</u>
<u>Medicamentos</u>	<u>Dosis</u>	<u>Propósito</u>	<u>Con que frecuencia</u>	<u>Dado durante la escuela?</u>

I attest to the information provided. I acknowledge that it is my responsibility to inform the school of any changes to the health status of this student including health conditions, needs, medications and/or allergies. I understand and agree that this student may receive a routine screening for any vision and hearing deficiencies. I will comply with all school illness and medication policies. Furthermore, I give permission for school health staff to confidentially exchange health information-both within the school as well as with outside health care providers - for use in meeting this student's health and educational needs in school.

Doy fe de la información proporcionada. Reconozco que es mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio en el estado de salud de este estudiante, incluidas las condiciones de salud, necesidades, medicamentos y / o alergias. Entiendo y acepto que este estudiante puede recibir un examen de rutina para detectar cualquier deficiencia visual y auditiva. Cumpliré con todas las políticas escolares sobre enfermedades y medicamentos. Además, doy permiso para que el personal de salud de la escuela intercambie información de salud de manera confidencial, tanto dentro de la escuela como con proveedores de atención médica externos, para su uso en la satisfacción de las necesidades educativas y de salud de este estudiante en la escuela.

Parent/Guardian Printed Name (s)	Phone Number (s)	Parent/Guardian Signature	Date
Nombre (s) del padre / tutor en letra de imprenta	Numero de telefono	Firma del padre	Fecha

Translated with Google Translate