



# ALEDO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

*A Past to Remember; A Future To Mold*

To be completed by parent/guardian

HEALTH INFORMATION

GRADE \_\_\_\_\_

Today's Date \_\_\_\_\_

Name of Student \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female

## MEDICAL HISTORY (check all that apply)

Please explain any yes answers.

Life Threatening Condition  No  Yes

**IF YES PLEASE CONTACT THE SCHOOL NURSE!**

Asthma  No  Yes

Bee/insect allergy (needs special care)  No  Yes

Severe allergies – affecting school  No  Yes

Medication allergies  No  Yes

Kidney Disease  No  Yes

Frequent ear infections  No  Yes

Hearing concerns  No  Yes

Speech difficulties/hoarseness  No  Yes

Severe headaches ( Migraines)  No  Yes

Seizures  No  Yes

Neurological condition  No  Yes

ADD/ADHD (diagnosed by whom)  No  Yes

Heart condition  No  Yes

Diabetes(Please contact the school nurse)  No  Yes

Blood disorder  No  Yes

Orthopedic condition  No  Yes

Chronic condition/disability  No  Yes

Vision concerns  No  Yes

Glasses  Contacts Other \_\_\_\_\_

Serious illness/injury/surgery  No  Yes

Date \_\_\_\_\_

Chickenpox  Disease  Shot

Date of disease: Month/Year \_\_\_\_\_

Other health concerns?  No  Yes

## MEDICATION

Is medication needed at home?  No  Yes

Name of medication(s) \_\_\_\_\_

Is medication needed at school?  No  Yes

Name of medication(s) \_\_\_\_\_

**Prescription medications will not be given without specific written request signed by both a parent / legal guardian and physician. You can obtain this form from the nurse's office.**

Is there anything you want to tell us about your child which you feel will help school staff to better understand and work with him/her?

By signing this form, I give my consent to school authorities to take all appropriate actions for the safety and welfare of my child, including;

No  Yes the administration of epinephrine by Epi-Pen and Benadryl if deemed necessary and appropriate by the school nurse

No  Yes in the event of any other medical emergency as reasonably determined by the school nurse or other school authorities

If my child needs to be taken to an emergency facility, he/she will be taken to the nearest available. I understand that the information given above will be shared with appropriate school staff who needs to know in order to provide for the health and safety of my child.

Signature \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

**Healthy Students Make Better Learners**



# DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE ALEDO

*Un pasado para recordar; un future que moldear*

Para ser completada por el padre/tutor

INFORMACIÓN DE SALUD

GRADO \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre alumno \_\_\_\_\_

Fecha Nac. \_\_\_\_\_

Sex:  Masc  Femenino

## Historial Médico (cheque todas las que apliquen)

Condición atentar contra la vida  No  Sí

**En caso de sí, por favor contacte a la enfermera de la escuela.**

Asthma  No  Sí

Abeja/insecto alergia (necesita cuidados)  No  Sí

Alergias severas – afectando a la escuela  No  Sí

Medicación alergias  No  Sí

Enfermedades del hígado  No  Sí

Frecuentes infecciones en los oídos  No  Sí

Preocupación al escuchar  No  Sí

Dificultades del habla/ronquera  No  Sí

Severos Dolores de cabeza (Migrañas)  No  Sí

Convulsiones  No  Sí

Condición neurológica.  No  Sí

ADD/ADHD (diagnosticada por)  No  Sí

Condición del corazón  No  Sí

Diabetes (contacte enfermera de la escuela)  No  Sí

Trastornos de la sangre  No  Sí

Condiciones ortopédicas  No  Sí

Condiciones crónicas/desabilidades  No  Sí

Preocupaciones de la vista  No  Sí

Enfermedades serias, lastimaduras, cirugías  No  Sí

Varicela  Enferm  Sí

Otras preocupaciones de salud?  No  Sí

## Explique preguntas SI.

Lentes  Contacto Otro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de enfermedad: Mes/Año \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTO

Los medicamentos se necesitan en casa?  No  Sí Nombre de medicina(s) \_\_\_\_\_

Medicamentos se necesitan en \_\_\_\_\_

La escuela?  No  Sí Nombre de medicina(s) \_\_\_\_\_

**Los medicamentos de receta no se darán sin el formulario de firmado por ambos padres/tutor y Doctor. Usted puede obtener esta forma en la oficina de la enfermera.**

¿Existe algo sobre su hijo que quiera decirnos para ayudar a los empleados de la escuela a entenderlo y trabajar mejor con él?

Al firmar esta forma, doy mi consentimiento a las autoridades escolares para tomar todas las acciones apropiadas para la seguridad y el beneficio de mi hijo, incluyendo:

No\_\_ Si\_\_ La administración de Epinefrina por epi-pen y benadril; si así lo considera necesario y apropiado la enfermera de la escuela.

No\_\_ Si\_\_ En caso de que alguna otra emergencia médica sea considerada como razonable por la enfermera o alguna otra autoridad escolar.

Si mi hijo(a), necesita ser llevada a algún centro de emergencia, él o ella será llevado al que se encuentre disponible más cercano.

Entiendo que la información dada anteriormente será compartida con el personal apropiado de la escuela que necesite saberla a fin de proporcionar seguridad y salud.

Firma \_\_\_\_\_ Parentezco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Estudiantes saludables hacen mejores aprendices**