



Where the future is present.

DR, LESLIE TORRES-RODRIGUEZ
SUPERINTENDENT

KURT MYERS, M.D.
MEDICAL DIRECTOR

Health Services - Medical Information Form -Summer School 2019

Student Name _____ Date of Birth _____

Address _____

ID No _____ School _____ Grade _____

Child's Doctor/Clinic Name _____ Telephone _____

Please complete the following questionnaire and provide information that will help to safeguard your child. The school health staff will review the information and communicate with you if there are any questions or if further information is needed. Please note that all medications, treatments and/or medical procedures that are administered in school or during school activities must be accompanied by an "Authorization for Administration of Medicine by School Personnel" form that is signed by a physician and parent/guardian.

Does your child have or has had any of the following? (All items must be checked "yes" or "no")

		YES	NO
1.	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Food(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bee Stings/Insect Bites _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medications _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a.	Does your child have an EpiPen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.	Does your child need Benadryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Asthma/Wheezing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a.	Does your child use an asthma inhaler/pump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Bleeding disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frequent nose bleeds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sickle Cell Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Heart Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Chest Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Does your child take any daily medications? If yes, please list the medications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you answered "yes" to any of the above questions or if your child has any other medical conditions, please explain below:

To the best of my knowledge the above information is complete and accurate.

Parent/Guardian Name (Print) _____ Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Day Phone # _____ Parent/Guardian Cell Phone # _____ Parent/Guardian Email Address _____

Emergency Contact Name and Relationship to Student _____ Day Phone # _____ Cell Phone # _____

DR, LESLIE TORRES-RODRIGUEZ
SUPERINTENDENT

KURT MYERS, M.D.
MEDICAL DIRECTOR

Servicios de Salud – Formulario de Información Médica- Escuela de Verano 2019

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Escuela _____ Grado _____

Número de Identidad _____ Teléfono _____

Nombre del Médico/Nombre de la Clínica _____

Por favor complete el cuestionario siguiente y provea la información que ayudará a salvaguardar a su hijo/a. El personal de salud de la escuela revisará la información y se comunicará con Ud. si tiene preguntas o necesita más información. Por favor note que todos los medicamentos, tratamientos, o procedimientos médicos que son administrados en la escuela o durante actividades escolares tienen que estar acompañados de un formulario de Autorización para la Administración de Medicina por Personal Escolar “Authorization for Administration of Medicine by School Personnel” firmado por un médico y el padre/guardián.

Tiene o ha tenido su hijo/a cualesquiera de los siguientes? (Todos los artículos tienen que ser marcados “sí” o “no”)

		SI	NO
1.	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comida(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Picada de Abeja/Mordidas de Insecto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medicamentos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a.	Tiene su hijo/a un “EpiPen”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.	Necesita su hijo/a “Benadryl”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Asma/Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a.	Usa su hijo/a un inhalador o bomba para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Trastorno Hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemorragias Nasales Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La Anemia de las Células Falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Toma su hijo/a medicamentos a diario? Si sí, por favor apunte los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Ud. contestó "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores o si su hijo tiene cualquier otra condición médica, por favor explique abajo:

A lo mejor de mi conocimiento, la información de más arriba es completa y exacta.

Nombre del Padre/Guardián (Letras de Molde) _____

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

de Teléfono de Día del Padre/Guardián _____

de Teléfono Celular del Padre/Guardián _____

Dirección de Correo Electrónico del Padre/Guardián _____

Contacto de Emergencia (Nombre y Relación con el Estudiante) _____

de Teléfono de Día _____

de Teléfono Celular _____