

SCHOOL DISTRICT OF EDGAR
MEDICAL HEALTH INFORMATION FOR 2024-25 SCHOOL YEAR

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

All medical information will be kept **confidential**. All pertinent health information will be shared with school staff in case of emergency.

Daily Medications (s): _____ Need to take at School? ____ Yes ____ No

Are there things concerning your child, which you would like to discuss with the school psychologist and/or counselor? ____ Yes ____ No

Note: It is School Board Policy that physician and parent consent forms MUST be on file when a child receives prescription medication; this includes self-carry medications. 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.

It is important for the school to have health information on each student. This may be shared with school staff, bus drivers, coaches, and/or specialists who work with your child at school if needed to best support the health of your child. To help us to better serve the needs of your child, please answer the following (check all that apply):

____ **My child has no 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: _____

____ 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): _____

Immunizations: ☐ up-to-date ☐ see attached immunization record *Please update the school whenever immunizations are given.*

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.

My child has health insurance ☐ yes ☐ no _____

Physician/Clinic: _____ **Phone:** _____

Dentist/Clinic: _____ **Phone:** _____

****Parent/Guardian Signature:** _____ **Date:** _____ **

DISTRITO ESCOLAR DE EDGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL 2024-25 AÑO ESCOLAR

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

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.

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

Desea hablar con el psicólogo y/o consejera de la escuela referente a alguna inquietud de su hijo ☐ Sí ☐ No

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.

Es muy importante para la escuela tener **información médica** de cada estudiante. Esto se puede compartir con el personal de la escuela, los conductores de autobuses, los entrenadores o los especialistas que trabajan con su hijo en la escuela si es necesario para apoyar mejor la salud de su hijo. Para mejor ayudar a su hijo, por favor contesta lo siguiente:

Marque todas las referentes de su caso:

☐ **Mi hijo/a no tiene problemas de salud**

☐ **Asma; Tiene inhalador en la escuela?** Sí/No **Que lo provoca:** _____ **Uso de inhalador a diario?** Si/No **Carga inhalador?** Si/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?** Si/No **Si sí, nombre de medicamento:** _____ **Doctor de Convulsiones** _____ **Última cita:** _____

☐ **Dificultades visuales; usa lentes/contactos?** Sí/No **Historial ceguera?** Si/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): _____

Inmunizaciones: ☐ Al Día ☐ Ver el registro de inmunizaciones que esta adjunto *Por favor actualice la escuela cuando las inmunizaciones se dan.*

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:** _____ **