

## Student Information & Health History Form

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(First, Middle, Last) (MM/DD/YYYY)

Parent/Guardian(s) Name: \_\_\_\_\_

Cellular Number: \_\_\_\_\_ Work Phone Number: \_\_\_\_\_

Emergency Contact/ Authorized Pick-Up: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
ID required to Pick-Up

Emergency Contact/Authorized Pick-Up: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
ID required to Pick-Up

**Please check any current health concerns:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD            | <input type="checkbox"/> Autism              | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis             |
| <input type="checkbox"/> Allergy             | <input type="checkbox"/> Blood Disorder      | <input type="checkbox"/> Diabetes Type I / Type II   |
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxis/Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Cancer              | <input type="checkbox"/> Down Syndrome               |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy      | <input type="checkbox"/> Gastric/Intestinal Disorder |
| <input type="checkbox"/> Hearing Loss        | <input type="checkbox"/> Obesity             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Heart Condition     | <input type="checkbox"/> Developmental Delay | <input type="checkbox"/> Urinary Condition           |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Seizures            | <input type="checkbox"/> Vision Problems             |
| <input type="checkbox"/> Mental Health       | <input type="checkbox"/> Spina Bifida        | <input type="checkbox"/> Other: _____                |

If you answered "Yes" to any of the above, please explain further: \_\_\_\_\_

Does your child have any **allergies** to medication/food: Yes? \_\_\_\_\_ No? \_\_\_\_\_

If you answered "Yes" please list allergies: \_\_\_\_\_

Does your child **require any medication(s) during school hours**? Yes? \_\_\_\_\_ No? \_\_\_\_\_

*\*If yes, complete the Medication Administration Consent form*

**Consent to Treat and Physician Information:** *consent with initials*

\_\_\_\_\_ I give consent to IDEA Public Schools' Health & Wellness Department to provide basic first aid for injuries and illnesses. The department follows standing orders provided by our consulting Medical Director. I acknowledge if my child is sick or demonstrating signs and symptoms of illness, they will be required to be picked up

Student's Primary Doctor/Clinic \_\_\_\_\_ Doctor/Clinic Phone \_\_\_\_\_

**Consent for Release of Health Information:** *consent with initials*

\_\_\_\_\_ I understand and agree that, in order to provide a coordinated system of care, the health services team may exchange healthcare information about the student with the student's physician or other healthcare providers in non-emergency situations, upon separate, additional approval by me.

\_\_\_\_\_ I give permission to release information to/from the student's physician or other healthcare providers in a non-emergency situation or emergent situation.

\_\_\_\_\_ I do not give permission to release information to/from the student's physician or other healthcare providers in non-emergency situations. I understand that this information will be shared in an emergency as necessary.

**Consent to Over-The-Counter Medications:** *consent with initial for each medication approved*

I **DO NOT** give permission for any over-the-counter medications to be used on my child.

I give my permission to the following types of over-the-counter medications to be used on my child: *(initial next to selected med)*

Allergic reaction cream (i.e. Benadryl)	Aloe Gel	Antacid (i.e. Tums- 12 and older only)	Antibiotic ointment (i.e. Neosporin)
Anti-fungal (i.e. Desenex, Tinactin)	Anti-itch cream (i.e. Caladryl)	Antiseptic cleanser (i.e. Bactine)	Cold sore ointment (i.e. Campho-Phenique)
Contact solution (i.e. Clear Care)	Cough drops (i.e. Halls, Sucrets)	Eye drops (i.e. Visine, Op-Con)	Eye rinse (commercially prepared)
Headache/ fever/aches and pain (i.e. ibuprofen, Advil Motrin)	Headache/fever/burns (i.e. acetaminophen, Tylenol)	Insect bite relief (i.e. Sting Smooth)	Hydrogen Peroxide
Menthol Rub (i.e. Vick's)	Muscle Rub (Bengay)	Oral pain reliever (i.e. Orasol)	Petroleum Jelly (i.e. Vaseline/Carmex)

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent Printed Name: \_\_\_\_\_

# Formulario de Información e Historial de Salud del Estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Primero, Medio, Último) (MM/DD/AAAA)

Nombre de los padres/tutores: \_\_\_\_\_

Número de celular: Número \_\_\_\_\_ de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia / Recogida autorizada: Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Identificación requerida para recoger

Contacto de emergencia / Recogida autorizada: Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Identificación requerida para recoger

**Por favor, compruebe cualquier problema de salud actual:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH              | <input type="checkbox"/> Autismo                | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística             |
| <input type="checkbox"/> Alergia               | <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I / Tipo II     |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia/Epi-Pen    | <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down              |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral     | <input type="checkbox"/> Trastorno gástrico/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición   | <input type="checkbox"/> Obesidad               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Afección cardíaca     | <input type="checkbox"/> Retardo                | <input type="checkbox"/> Condición urinaria            |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Problemas de visión           |
| <input type="checkbox"/> Salud mental          | <input type="checkbox"/> Espina bífida          | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |

Si respondió "Sí" a cualquiera de los anteriores, explique más a fondo: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna **alergia** a los medicamentos/alimentos: Sí? ¿No? \_\_\_\_\_

Si respondió "Sí", enumere las alergias: \_\_\_\_\_

¿Su hijo **requiere algún medicamento (s) durante el horario escolar**? ¿Sí? ¿No? \_\_\_\_\_

*\*En caso afirmativo, complete el formulario de consentimiento de administración de medicamentos*

**Consentimiento para tratar e información médica: consentimiento con iniciales**

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento al Departamento de Salud y Bienestar de las Escuelas Públicas de IDEA para proporcionar primeros auxilios básicos para lesiones y enfermedades. El departamento sigue las órdenes permanentes proporcionadas por nuestro Director Médico consultor. Reconozco que si mi hijo está enfermo o muestra signos y síntomas de enfermedad, se requerirá que lo recojan.

Médico Primario / Clínica del \_\_\_\_\_ Estudiante Doctor / Teléfono de la Clínica \_\_\_\_\_

**Consentimiento para la divulgación de información de salud: consentimiento con iniciales**

\_\_\_\_\_ Entiendo y acepto que, con el fin de proporcionar un sistema coordinado de atención, el equipo de servicios de salud puede intercambiar información de atención médica sobre el estudiante con el médico del estudiante u otros proveedores de atención médica en situaciones que no sean de emergencia, previa aprobación adicional por mi parte.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para divulgar información al médico del estudiante u otros proveedores de atención médica en una situación que no sea de emergencia o una situación emergente.

\_\_\_\_\_ No doy permiso para divulgar información al médico del estudiante u otros proveedores de atención médica en situaciones que no sean de emergencia. Entiendo que esta información se compartirá en una emergencia según sea necesario.

**Consentimiento para medicamentos de venta libre: consentimiento con inicial para cada medicamento aprobado**

**NO doy permiso** para que se use ningún medicamento de venta libre en mi hijo.

Doy mi permiso a los siguientes tipos de medicamentos de venta libre para usar en mi hijo: *(inicial junto al medicamento seleccionado)*

Crema para reacciones alérgicas (es decir, Benadryl)	Aloe Gel	Antiácido (es decir, Tums- 12 y mayores solamente)	Ungüento antibiótico (es decir, Neosporina)
Antifúngico (es decir, Desenex, Tinactin)	Crema antipicazón (es decir, Caladryl)	Limpiador antiséptico (es decir, Bactine)	Ungüento para el herpes labial (es decir, Campho-Phenique)
Solución de contacto (es decir, Clear Care)	Gotas para la tos (es decir, Halls, Sucrets)	Gotas para los ojos (es decir, Visine, Op-Con)	Enjuague ocular (preparado comercialmente)
Dolor de cabeza / fiebre / dolores y dolor (es decir, ibuprofeno, Advil Motrin)	Dolor de cabeza/fiebre/quemaduras (es decir, paracetamol, Tylenol)	Alivio de picaduras de insectos (es decir, Sting Smooth)	Peróxido de hidrógeno
Frotamiento de mentol (es decir, Vick's)	Frotamiento muscular (Bengay)	Analgésico oral (es decir, Orasol)	Vaselina (es decir, vaselina/Carmex)

Firma del padre/ tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre: \_\_\_\_\_