

# 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: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_ I give consent to IDEA Public School to provide basic first aid for injuries and illnesses. I acknowledge if my child is sick or demonstrating signs and symptoms of illness, they will be required to be picked up.

\_\_\_\_\_ I give consent to IDEA Public Schools to administer medications prescribed by physician. Medication must be in original container. *\*Complete Daily Medication Consent form*

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

\_\_\_\_\_ I give permission to release information to/from the student's physician or other healthcare providers in a non-emergency or emergency 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. Hydrocortisone)	Aloe Gel	Antacid (i.e. Tums- 12 and older only)	Antibiotic ointment (i.e. Neosporin)
Anti-fungal (i.e. Tinactin)	Anti-itch cream (i.e. Caladryl)	Antiseptic cleanser (i.e. Bactine)	Cold sore ointment (i.e. Carmex)
Contact solution	Cough drops (i.e. Halls)	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)	Alcohol Wipes
Menthol Rub (i.e. Vick's)	Muscle Rub (Bengay)	Oral pain reliever (i.e. Orajel)	Petroleum Jelly (i.e. Vaseline)

Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

## Información del Estudiante & Formulario de Historia Clínica

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

Nombre del padre / tutor(es): \_\_\_\_\_

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

Contacto de emergencia/Recogida autorizada: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Se requiere identificación para recoger

Contacto de emergencia/Recogida autorizada: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Se requiere identificación para recoger

### Favor de marcar cualquier preocupación actual de salud:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DDA/TDAH               | <input type="checkbox"/> Autismo                  | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística           |
| <input type="checkbox"/> Alergia                | <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo       | <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"/> Enfermedad Gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> Obesidad                 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos    | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Condición Urinaria          |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión           | <input type="checkbox"/> Convulsiones             | <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista       |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental           | <input type="checkbox"/> Espina Bífida            | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |

Si contestó "sí" a cualquiera de los casos mencionados, por favor incluya una descripción. \_\_\_\_\_

Tiene su hijo **alergia** an algún medicamento/alimento: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contestó "Si" por favor enliste todas sus alergias: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para tratar / información del médico:** *consentimiento con iniciales*

Doctor del Estudiante/Clinica del Doctor: \_\_\_\_\_ Número telefónico de la Clínica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que IDEA Public School proporcione primeros auxilios básicos para lesiones y enfermedades. Reconozco que si mi hijo está enfermo o presenta signos y síntomas de enfermedad, será necesario que lo recojan.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas de IDEA para administrar medicamentos recetados por un médico. La medicación debe estar en su envase original. \* Complete el formulario de consentimiento de medicación diaria

### **Consentimiento para la divulgación de información médica:** *consentimiento con iniciales*

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

\_\_\_\_\_ 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 situaciones de emergencia según sea necesario.

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

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

	Gotas para los ojos		Crema para la alergia (Hydrocortisone)		Enjuague ocular (preparado comercialmente)		Antiácido (es decir, Tums-12 y mayores solamente)
	Medicamento para reducir la fiebre (ibuprofeno o acetaminofén)		Ungüento antibiótico (Neosporin)		Alivio del dolor de cabeza (ibuprofeno o acetaminofén)		Gel refrescante de aloe vera
	Analgésico oral (Orasol)		Toallitas con alcohol		Pastillas para la tos (Hall's)		Masaje de mentol para el pecho (Vick's)
	Calmar picadura		Vaselina/Carmex		Tinactin/Desenex		Limpiador antiséptico (Bactine)
	Solución de contacto		Masaje muscular (Bengay))		Crema antifúngica (Tinactin)		Pramoxima (Caladryl)

\* Llene el Formulario Diario de Consentimiento Médico

Firma de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_

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

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