

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)	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)

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

Firma del padre/ tutor: _____

Fecha: _____

Nombre impreso del padre: _____