

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:

☐ ADD/ADHD	☐ Autism	☐ Cystic Fibrosis
☐ Allergy	☐ Blood Disorder	☐ Diabetes Type I / Type II
☐ Anaphylaxis/Epi-Pen	☐ Cancer	☐ Down Syndrome
☐ Asthma	☐ Cerebral Palsy	☐ Gastric/Intestinal Disorder
☐ Hearing Loss	☐ Obesity	☐ Tuberculosis
☐ Heart Condition	☐ Developmental Delay	☐ Urinary Condition
☐ High Blood Pressure	☐ Seizures	☐ Vision Problems
☐ Mental Health	☐ Spina Bifida	☐ 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)*

Headache/Fever/Pain/Burns/ Earache (Acetaminophen, Tylenol)	Cuts/Abrasions (Antibiotic ointment- Neosporin)	Eye Irritation (Eye rinse commercially prepared, Visine)	Skin Rash/Allergic Skin Reaction (Anti-itch cream, Hydrocortisone cream)
Headache/Fever/Aches/Cramps/ Pain/Earache (Ibuprofen, Advil, Motrin)	Upset Stomach (Antacid, Tums, Pepto Kids)	Canker Sores/Fever Blisters/ Irritation (Campho-Phenique, Carmex)	Sore Throat/Cold Symptoms (Cough Drops, Halls)
Toothache/ Mouth Irritation (Orajel)	Impetigo/skin irritation (Caladryl)	Cough/Congestion(Vick's VapoRub)	Bee/Wasp Sting (Sting Soothe)
Ringworm (Antifungal, Tinactin)	Muscle Aches (Bengay)	Chapped / Dry lips (Vaseline)	Alcohol Wipes (prep pads)
Wounds (Antiseptic Cleanser, Bactine)	Contact Solution	Minor Burn Relief (Aloe Gel)	

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:

☐ TDA/DAH	☐ Autismo	☐ Fibrosis quística
☐ Alergia	☐ Trastorno de la sangre	☐ Diabetes Tipo I / Tipo II
☐ Anafilaxia/Epi-Pen	☐ Cáncer	☐ Síndrome de Down
☐ Asma	☐ Parálisis cerebral	☐ Trastorno gástrico/intestinal
☐ Pérdida de audición	☐ Obesidad	☐ Tuberculosis
☐ Afección cardíaca	☐ Retardo	☐ Condición urinaria
☐ Presión arterial alta	☐ Convulsiones	☐ Problemas de visión
☐ Salud mental	☐ Espina bífida	☐ 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)

Dolor de cabeza / Fiebre / Dolor / Quemaduras / Dolor de oído (Acetaminofén, Tylenol)	Cortes/Abrasiones (Ungüento antibiótico — Neosporin)	Irritación ocular (Enjuague ocular de preparación comercial, Visine)	Erupción cutánea / Reacción alérgica en la piel (Crema antipicazón, crema de hidrocortisona)
Dolor de cabeza / Fiebre / Dolores / Calambres / Dolor / Dolor de oído (Ibuprofeno, Advil, Motrin)	Malestar estomacal (Antiácido, Tums, Pepto Kids)	Aftas / Calenturas / Irritación (Campho-Phenique, Carmex)	Dolor de garganta / Síntomas de resfriado (Pastillas para la tos, Halls)
Dolor de muelas / Irritación bucal (Orajel)	Impétigo / Irritación cutánea (Caladryl)	Tos / Congestión (Vick's VapoRub)	Picadura de abeja o avispa (Alivio para picaduras)
Tiña (Antifúngico, Tinactin)	Dolores musculares (Bengay)	Labios agrietados / secos (Vaselina)	Toallitas con alcohol (almohadillas de preparación)
Heridas (Limpiador antiséptico, Bactine)	Solución para lentes de contacto	Alivio para quemaduras leves (Gel de aloe)	

Firma del padre/ tutor: _____

Fecha: _____

Nombre impreso del padre: _____