

PREOCUPACIONES DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DEL DISTRITO ESCOLAR SISTERS 2023-2024

Asunto: _____ / _____ / _____
(nombre del estudiante/grado) (fecha de nacimiento)

Padre/tutor: _____ Número de teléfono durante el día: _____
IMPRESA

¿Tiene su estudiante alguna preocupación médica actual? Sí No

¿Su estudiante está cubierto por un seguro médico? Sí No

Si no, ¿quiere más información? Sí No

En caso de emergencia, ¿da permiso para que su hijo sea transportado al centro más cercano y que su personal le brinde el tratamiento necesario hasta que usted llegue? Sí No

Mi hijo tiene la(s) siguiente(s) preocupación(es) médica(s) (marque todas las que correspondan)

- ADD/ADHD
- Asma
- Trastorno hemorrágico (especifique) _____
- Condición cardíaca (especifique) _____
- Diabetes tipo 1 _____ Tipo 2 _____
- Trastorno alimentario (especifique) _____
- Problema de ojos/oídos (especifique) _____
- Alergias alimentarias (especifique) _____
- Alergia a insectos (especifique) _____
- Alergia a medicamentos (especifique) _____
- Problema muscular/óseo/articular (especifique) _____
- cabeza recurrentes _____
- Alergias estacionales/ambientales _____
- Convulsiones (especifique de qué tipo) _____
- Cirugía (especifique e indique la fecha) _____
- Fecha positiva de COVID-19 _____ Síntomas **duraderos** Sí No
- Lesión cerebral traumática/conmoción cerebral Fecha _____
- Ot ella (especifique) _____
- Mi hijo está tomando medicamentos en casa (con receta, sin receta, diariamente o según sea necesario) (especifique): _____

| |
|----------------------|
| <u>Nurse's Notes</u> |
|----------------------|

Mi hijo necesitará medicamentos durante el horario escolar: Inhalador/Epi-Pen/Otro (especificar): _____

(Los estudiantes que requieran un Epi-Pen traerán la dosis a la oficina y tendrán un protocolo de emergencia en el archivo)

Si su hijo **tiene** una inquietud médica, la enfermera se comunicará con usted para obtener más información y planificar la próxima escuela año.

- **Si ocurre algún cambio o se diagnostica una nueva condición durante el año escolar, yo, el padre/tutor, notificará a la enfermera de la escuela sobre el nuevo estado al proporcionar un nuevo formulario de inquietud de salud del estudiante. Los viajes de una noche pueden requerir formularios adicionales.**

padre/tutor: _____ Fecha: _____

Divulgación de información confidencial: Para la seguridad y el bienestar de su hijo mientras está en la escuela y en excursiones, puede ser beneficioso que el personal escolar apropiado esté informado de cualquier condición médica incluida en este formulario de autorización. Tenga la seguridad de que el personal mantendrá esta información confidencial. Si no desea que se comparta la información médica, indíquelo a la escuela por escrito en este formulario.

REGRESAR A LA OFICINA

SISTERS SCHOOL DISTRICT STUDENT HEALTH CONCERNS 2023-2024

Re: _____ / ____ / ____
(student name/grade) (birthdate)

Parent/Guardian: _____ Daytime Phone Number: _____
PRINT

Does your student have any current medical concerns: Yes No

Is your student covered by health insurance? Yes No

If no, would you like more information? Yes No

In case of emergency, do you give permission for your child to be transported to the nearest facility and for their staff to provide the necessary treatment until you arrive? Yes No

My child has the following medical concern(s) (please check all that apply)

- ADD/ADHD
- Asthma
- Bleeding Disorder (specify) _____
- Cardiac Condition (specify) _____
- Diabetes Type 1 _____ Type 2 _____
- Eating Disorder (specify) _____
- Eye/Ear Problem (specify) _____
- Food Allergies (specify) _____
- Insect Allergy (specify) _____
- Medication Allergy (specify) _____
- Muscle/Bone/Joint Problem (specify) _____
- Recurrent Headaches _____
- Seasonal/Environmental Allergies _____
- Seizures (specify what kind) _____
- Surgery (specify and indicate date) _____
- COVID-19 positive date _____ Lasting Symptoms Yes No
- Traumatic Brain Injury/Concussion Date _____
- Other (specify) _____
- My child is taking medication at home (prescription, over-the-counter, daily or as needed) (specify): _____

| |
|----------------------|
| <u>Nurse's Notes</u> |
|----------------------|

My child will need medication during school hours: Inhaler/Epi-Pen/Other (specify): _____

(Students who require an Epi-Pen will bring dose to office and have an emergency protocol on file)

If your child **does** have a medical concern, the nurse will contact you to obtain more information and to plan for the upcoming school year.

- ***If any changes occur or a new condition is diagnosed during the school year, I, the parent/guardian, will notify the school nurse of the new status by providing a new student health concern form. Overnight trips might require additional forms.***

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

Release of Confidential Information: For your child's safety and well-being while at school and on field trips, it may be beneficial for appropriate school personnel to be informed of any medical conditions included on this medical authorization form. Please be assured the staff will keep this information confidential. If you do not want medical information shared, please indicate to the school in writing on this form.

RETURN FORM TO SCHOOL OFFICE