

SCHOOL DISTRICT OF MARATHON
MEDICAL HEALTH INFORMATION FOR 2017-2018 SCHOOL YEAR

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____ Grade: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Telephone: _____ Date of Birth: _____

All medical information will be kept confidential. All pertinent health information will be shared with school staff in case of emergency.

Daily Medications (s): _____ Need to take at School? ___ Yes ___ No

******ALL SELF-CARRY MEDICATIONS MUST HAVE A DOCTOR'S ORDER******

Are there things concerning your child, which you would like to discuss with the school psychologist and/or counselor? ___ Yes ___ No

The School District has my permission to administer Tylenol, Tums, and Benadryl as directed on label. ___ Yes ___ No _____ initials

Note: It is School Board Policy that physician and parent consent forms MUST be on file when a child receives prescription medication. Parent consent form MUST be on file when child receives non-prescription medication. Please obtain these forms from school if you have not already done so.

It is important for the school to have health information on each student. To help us to better serve the needs of your child, please answer the following:
Please check as many as applies:

 My child does not have any health concerns

 Asthma; Inhaler at school? Yes/ No Triggers: _____ Daily inhaler used? Yes/ No Self carry? Yes/ No Emergency inhaler? _____

 Diabetes When diagnosed? _____ Last Hgb A1C: _____ Insulin: Pen Pump Syringe Diabetes Doctor: _____ Last seen: _____

 Seizures Date of last seizure: _____ Emergency medication? Yes/ No If yes, name of medication: _____ Seizure Doctor: _____ Last seen: _____

 Vision difficulties Wears glasses/contacts? Yes/ No History of blindness? Yes/ No Eye Doctor: _____ Last seen: _____

 Hearing difficulties Wears hearing aids? Yes/ No Hearing Doctor: _____ Last seen: _____

 Heart Trouble; please explain. Any restrictions must be accompanied by a written medical excuse:

 Allergies to: Medications: _____ Reactions would be: _____

Food: _____ Reactions would be: _____

Bees: _____ Reactions would be: _____

Other: _____ Reactions would be: _____

 Epi-Pen at home/school? Yes /No Self carry? Yes /No Instructed on how to use? Yes /No

Other health concerns (such as concussion, dental, behavior, developmental, nutrition, kidney trouble, ulcers, migraines, serious accidents or operations):

If I cannot be reached immediately, I authorize designated school personnel to call or drive my child to the physician, dentist, or hospital if the need for emergency care exists. An ambulance may be called if necessary. I further authorize emergency treatment to be initiated when needed. I hereby indemnify and hold harmless school staff and medical providers who act in reliance of this authorization.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

DISTRITO ESCOLAR DE MARATHON CITY
INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL AÑO ESCOLAR 2017-2018

Apellidos: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del 2º Nombre: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Área Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Toda la información médica es confidencial. Toda la información médica pertinente será compartida con el personal escolar en caso de emergencia.

Medicina Diaria: _____ ¿Administrada en la Escuela? Sí No

******CUALQUIER MEDICINA QUE LOS NIÑOS TENGAN DEBE TENER UNA ORDEN DEL DOCTOR******

¿Desea hablar con el psicólogo y/o consejero de la escuela referente a alguna inquietud acerca de su hijo? Sí No

El Distrito Escolar tiene mi permiso de administrar Tylenol, Tums, y Benadryl como se indica en la etiqueta. Sí No iniciales

Nota: Es Política del Consejo Escolar que formularios de consentimiento del doctor y padres DEBEN estar archivados cuando un niño/a recibe medicamento con prescripción. El formulario de consentimiento DEBE estar archivado cuando recibe medicamentos sin receta. Por favor obtenga estos formularios de la escuela si aún no lo ha hecho.

Es muy importante para la escuela tener información médica de cada estudiante. Para mejor ayudar a su hijo/a, por favor contesta lo siguiente:

Marque todas las referentes de su caso:

Mi hijo/a no tiene problemas de salud

Asma: ¿Que se la provoca; _____ ¿Necesita tener inhalador en la escuela? Sí/No . Uso del inhalador a diario? Sí/No ¿Carga un inhalador? Sí/No ¿Inhalador de Emergencia? _____

Diabetes: ¿Cuándo fue diagnosticado/a? _____ Los últimos resultados de Hgb A1C: _____ Insulina: Lápiz Pompa Jeringa Doctor de Diabetes: _____ Última cita: _____

Convulsiones: Día de la última convulsión: _____ Medicamento de emergencia? Sí/No Si, nombre de medicamento: _____ Doctor de Convulsiones _____ Última cita: _____

Dificultades visuales: ¿Usa lentes/contactos? Sí/No ¿Historia de la ceguera? Sí/No Doctor de Visión: _____ Última cita: _____

Dificultades para escuchar: ¿ Usa amplificador de sonido? Sí/No Doctor de Oído: _____ Última cita: _____

Problemas cardíacos, por favor explique. Cualquier restricción debe tener una justificación médica:

Alergias a: Medicinas: _____ Reacción: _____

Alimento: _____ Reacción: _____

Picadura de abejas: _____ Reacción: _____

Otros: _____ Reacción: _____

¿Usa el Epi-pen en casa o en la escuela? Sí/No ¿Lo carga él/ella mismo/a? Sí/No ¿Educado/a en cómo usarlo? Sí/No

Algún otro problema médico (como concusión, dental, comportamiento, desarrollo, nutrición, problemas renales, úlceras, migrañas, accidentes graves u operaciones): _____

Si no puedo ser localizado inmediatamente, autorizo al personal de la escuela que llame o transporte a mi hijo al doctor, dentista, u hospital si existe la necesidad de atención médica. Se llamará a una ambulancia si es necesario. Además, autorizo que se inicie cualquier tipo de atención médica cuando sea necesario. Por este medio aseguro que no haré responsable al personal de la escuela ni a los proveedores médicos que actúan en confianza de esta autorización.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____