

SCHOOL DISTRICT OF MARATHON  
MEDICAL HEALTH INFORMATION FOR 2020-21 SCHOOL YEAR

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ 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

The School District **has my permission** to administer acetaminophen(Tylenol), antacid (Tums), or diphenhydramine (Benadryl) as directed on the label. \_\_\_Yes \_\_\_No

Are there things concerning your child, which you would like to discuss with the school psychologist and/or counselor? \_\_\_Yes \_\_\_No

**Note: It is School Board Policy that physician and parent consent forms MUST be on file when a child receives prescription medication; this includes self-carry medications. 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 (check all that apply):

\_\_\_ **My child has no 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): \_\_\_\_\_

**Immunizations:**  up-to-date  see attached immunization record *Please update the school whenever immunizations are given.*

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. My child has health insurance  yes  no

**Physician/Clinic:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Dentist/Clinic:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR DE MARATHON  
INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL 2020-21 AÑO ESCOLAR

Apellidos: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de 2º Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Medicina Diaria: \_\_\_\_\_ Administrada en la Escuela?  Sí  No

El Distrito Escolar **tjene mi permiso de administrar** acetaminophen (Tylenol), antacid (Tums), y diphenhydramine (Benadryl) como si indica en la etiqueta.  Si  No

Desea hablar con el psicólogo y/o consejera de la escuela referente a alguna inquietud de su hijo  Sí  No

**Note: 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. TODA LA MEDICINA QUE CARGAN ELLOS MISMOS DEBE TENER UNA ORDEN DEL DOCTOR.**

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

Marque todas las referentes de su caso:

**Mi hijo/a no tiene problemas de salud**

**Asma; Tiene inhalador en la escuela?** Sí/No **Que lo provoca:** \_\_\_\_\_ **Uso de inhalador a diario?** Si/No **Carga inhalador?** Sí/No **Inhalador de Emergencia?** \_\_\_\_\_

**Diabetes** Cuando 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?** Si/No Si sí, nombre de medicamento: \_\_\_\_\_ **Doctor de Convulsiones** \_\_\_\_\_ **Última cita:** \_\_\_\_\_

**Dificultades visuales; usa lentes/contactos?** Sí/No **Historial ceguera?** Si/No **Doctor de Visión:** \_\_\_\_\_ **Última cita:** \_\_\_\_\_

**Dificultades para escuchar; usa amplificador de sonido?** Sí/No **Doctor de Oído:** \_\_\_\_\_ **Última cita:** \_\_\_\_\_

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

**Alergias a: Medicinas:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

**Alimento:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

**Picadura de avispas:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

**Otros:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

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

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

**Inmunizaciones:**  Al Dia  Ver el registro de inmunizaciones que esta adjunto *Por favor actualice la escuela cuando las inmunizaciones se dan.*

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. Llamaremos 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.

**Doctor/Clínica:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dentista/Clínica:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_