Annual Student Medical Health Information

Dear Parent/Legal Guardian:

In order to be able to assist in a MEDICAL EMERGENCY situation concerning your son/daughter, we are requesting that this medical questionnaire be completed and returned to the school.

IT IS IMPERATIVE THAT THE SCHOOL NURSE AND FACULTY BE AWARE OF YOUR SON/DAUGHTER'S PHYSICAL CONDITION!

Student's Name: ____ Grade: ____________
Last First Middle

Guardian's Name: ____ Phone: ___________

My son/daughter is current on all Indiana required immunizations. Yes_____ No_____ (If No, please explain) ____

My son/daughter has been diagnosed with the following medical condition(s): ___________________

____

Regular Medication(s): ____

Family doctor and phone: ____

Family dentist and phone: ____

Hospital Preference: ____

Family Health Plan Insurance Carrier: _______________________ Phone: ( ) _________

If the guardian listed above cannot be reached in the event of an injury. Please contact the following people. ***(IT IS IMPERATIVE THAT WE HAVE TWO EMERGENCY NUMBERS OTHER THAN GUARDIAN LISTED ABOVE):***

1. Name: ____________________ Relationship: _______ Phone: ( ) ___________

2. Name: ____________________ Relationship: _______ Phone: ( ) ___________

I grant permission for non-prescription medication (such as acetaminophen (Tylenol), throat lozenges, cough drops) to be given to my child, if deemed advisable.

I hereby give my permission for the school to obtain needed medical services and transport to a hospital in case the named student suffers illness or accident and the parent/guardian cannot be contacted. The information on this page may be shared as needed with staff.

Guardian's Signature: ____ Date: ____________

Información anual de salud estudiantil

Estimado padre o Tutor Legal:

Con el fin de ser capaces de ayudar en una situación de emergencia médica relativa a su hijo/hija, estamos solicitando que este cuestionario médico ser completado y regresado a la escuela.

ES IMPERATIVO QUE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA Y FACULTAD SEA CONSCIENTE DE LA CONDICIÓN FÍSICA DE SU HIJO/HIJA.

Nombre de estudiante: ____ Grado: ____________
Último primer medio

Nombre del Guardián: ____ Teléfono: ___________

Mi hijo/hija está al dia con toolas vacunas requeridas en Indiana. SI _____ No _____ (Si No, por favor

explica) ____

Mi hijo ha sido diagnosticado con siguiente condiciones médicas: ____________________________

____

Medicamentos regulares: ____

Médico de familia y teléfono: ____

Dentista familiar y teléfono: ____

Preferencia del Hospital: ____

Plan de salud de la familia aseguradora: ____________________ teléfono: ( ) __________

Si el guardian registrado arriba no puede ser contactado en el evento de una emergencia . Por favor contacte la personas indicadas ***(es imperativo que nos dejen dos números de emergencia aparte de GUARDIAN nombrado arriba):***

1. Nombre: ______________ relación: ______________ teléfono: ( )__________

2. Nombre: ______________ relación: ______________ teléfono: ( )__________

Concedo el permiso para medicamentos sin receta (como paracetamol (Tylenol), pastillas para la garganta, tos) para dar a mi hijo, si lo considera conveniente.

Yo doy mi permiso para que la escuela obtenga servicios médicos necesarios y transportar a un hospital en caso de que el estudiante nombrado padece enfermo o accidente y el padre/tutor no pueden ser contactados. La información en esta página puede ser compartida según sea necesario con el personal.

Firma de Guardián: ____ fecha: ____________