

Health Information Sheet 2016-17

Formulario de Informacion de Salud

Student's Name _____ Birth Date _____
Nombre del Estudiante *Fecha de Nacimiento*

Grade _____ Sex _____ Race _____ Phone# _____
Grado *Sexo* *Raza* *Número de Teléfono*

Home Address *Dirección del Hogar* _____

Health History (Confidential) *Historial de Salud (Confidencial)*

Glasses _____ Hearing Impairment _____ Asthma _____ Diabetes _____ Allergies _____
Lentes *Discapacidad Auditiva* *Asma* *Diabetes* *Alergias*

Sickle Cell Anemia (not trait) _____ Heart Disease _____
Anemia de Células Falciformes(sin rasgos) *Enfermedades del Corazón*

Other *Otro* _____

Prescriptions taken regularly: _____
Prescripciones tomadas regularmente

Physician Name: _____ Phone # _____
Nombre del Médico *Número de Teléfono*

Parent/Guardian's Name _____
Nombre del Padre o Tutor

Phone # _____ Cell # _____
Número de Teléfono *Número de Celular*

Parent/Guardian's Name _____
Nombre de la Madre o Tutor

Phone# _____ Cell # _____
Número de Teléfono *Número de Celular*

In case of emergency and in the case that neither of the primary person's is available please contact:
En el caso de emergencia y en el caso que ninguna de las personas primordiales esté disponible, favor contactar:

Name *Nombre* _____

Address *Dirección* _____

Phone # _____ Cell # _____
Número de Teléfono *Número de Celular*

Name *Nombre* _____

Address *Dirección* _____

Phone # _____ Cell # _____

Número de Teléfono

Número de Celular

Permissions *Permiso*

My Child *My hijo/hija* _____ has permission to take Aspirin or Tylenol administered by the health room attendant *tiene permiso para tomar una Aspirina o Tylenol por el encargado en la enfermería.* YES _____ NO _____

Tylenol: Adult _____ or Children _____

Tylenol: Adulto

Niño

0

Parent or Guardian Signature *Firma del Padre/Madre o Tutor*

Date *Fecha*

Please send to the school office any information on health or immunization updates as they occur. Thank you.

Important: Any medication sent to school must be brought to the school office. Students **may not** keep medication in their possession. Medication must be in the prescription container accompanied by a signed **Written Medication Consent Form.** Otherwise, medications will not be administered. Phone instructions will not be accepted. Over the counter medication (for example Benadryl) has to be in its box with a Written Medication Form.

Por favor envíe a la oficina de la escuela cualquier información sobre las actualizaciones de la salud y de inmunización a medida que ocurren. Gracias

Importante: *Cualquier medicación enviada a la escuela tiene que ser traída a la oficina de la escuela. Ningún estudiante **puede** tomar posesión de ningún tipo de medicación. Las medicaciones tienen que estar en un contenedor de prescripción acompañado por una forma firmada llamada: **Written Medication Consent Form.** De otra manera, medicaciones no serán aceptadas. Instrucciones por vía telefónica tampoco serán aceptadas. Medicamentos de venta libre (por ejemplo, Benadryl) tiene que estar en su caja con un Formulario de Medicamentos Escrito.*