

Student Name/Nombre del estudiante: _____
Last Name/ Apellido First Name/ Primer Nombre

Date of Birth/Día de Nacimiento: _____ Grade/Grado: _____ Sex/Sexo: **M** **F**

Student Address/Domicilio del estudiante: _____ Phone/Teléfono: _____

HEALTH HISTORY (Circle YES OR NO)/ Historia Médica (favor de contestar si o no)

YES NO	Allergies/Alergias (nombres) – Specify/Especificar:
YES NO	Physical Handicaps/Impedimentos Físicos:
YES NO	Asthma/Asma:
YES NO	ADHD/Trastorno de Déficit de la Atención:
YES NO	Autism Spectrum Disorder/Trastorno del Espectro Autista:
YES NO	Down’s Syndrome/Síndrome de Down:
YES NO	Diabetes – Specify type/Especificar:
YES NO	Seizure Disorder/Convulsiones:
YES NO	Please list any other medical diagnoses/Por favor enumere cualquier otro diagnóstico médico:
YES NO	Does your child carry an Epi-pen for severe allergic reactions? ¿En caso de una reacción severa de alergia su hijo (a) necesita de alguna medicina?
YES NO	Does your child have a diagnosis that would limit physical education activities? ¿Su hijo (a) tiene alguna condición que le limite su participación en educación física? List:
YES NO	Does your child take any prescribed medications routinely? ¿Su hijo (a) toma medicinas recetadas por el doctor diariamente? List:

Mother/Guardian Name: Madre/Tutor Nombre:		Phone (Home): Telefono Casa:	
Cellular/Celular:		Phone (Work)/Teléfono Trabajo:	

Father/Guardian Name: Padre/Tutor Nombre:		Phone (Home) Telefono Casa:	
Cellular/Celular:		Teléfono (Work)Telefono Trabajo:	

If parents cannot be reached, list nearby persons who will assume care of your child:

Si los Padres no se encuentran, favor de dar nombres de personas que pueden cuidar a su hijo /hija:

Name: Nombre:		Relationship: Parentesco:		Phone: Telefono:	
Name: Nombre:		Relationship: Parentesco:		Phone: Telefono:	

*****In case of serious illness/injury, the school will telephone Emergency Medical Services (911) for immediate transportation to the closest hospital.**
En caso de una emergencia medica, la escuela va a llamar a los servicios de emergencia (911) para transporte inmediato al hospital más cercano.

Child’s Pediatrician/ Pediatra del estudiante		Phone/ Telefono:	
--	--	---------------------	--

YES NO	In non-emergency health concerns, I authorize the school nurse/clinic aide to administer fever-reducing/pain killer medication (e.g., Tylenol, Advil or the generic dosage according to the manufacturer’s instructions.) En caso de una situación médica no de emergencia, Autorizo a la enfermera/ayudante de la clinica que le de a mi hijo/hija medicina que le reduzca la fiebre o el dolor como Tylenol, Advil o la genérica (dosis de acuerdo a las instrucciones del fabricante)
YES NO	For mild allergic reactions, I authorize the school nurse/clinic aid to administer liquid allergy medicine (Benadryl, or generic diphenhydramine) according to the manufacturer’s instructions. Para reacciones alérgicas, autorizo a la enfermera /ayudante de la clínica de la escuela a administrar medicina liquida para alergias (Benadryl o difenhidramina genérica) de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
YES NO	HIGH SCHOOL AND MIDDLE SCHOOL PARENTS ONLY: I authorize the school nurse/clinic assistant to administer antacids (e.g., Tums, Diotame) if the need arises and will provide these to the clinic for my child. (PADRES DE ESTUDIANTES DE HIGH SCHOOL Y MIDDLE SCHOOL SOLAMENTE) Autorizo a la enfermera/ ayudante de la clinica que le de a mi hijo/hija antiácidos.

Parent/Legal Guardian Signature
 Firma de los Padres/Tutor Legal

Date
 Fecha