

Medical Summary Form/ Resumen Médico

School Year/ Año Escolar _____

STUDENT NAME _____

Grade _____

Does your child have allergies? What are they? How do you treat them? _____

Does your child have a history of hearing problems or ear infections? _____

Does your child wear glasses or have vision problems? _____

Medications given at home and why prescribed? _____

Medications to be given at school and why prescribed? (Separate Form Available from the Nurse) _____

Does your child have any of the following? Please check all that apply and explain treatment/accommodations:

___ Asthma _____

___ Diabetes _____

___ Seizures/Epilepsy _____

___ ADD/ADHD _____

___ Bone / joint problems _____

___ Heart problems _____

___ Skin condition _____

___ Blood disorder _____

___ Developmental delay _____

___ Birth defect _____

___ Speech problems _____

___ Any other chronic medical condition (e.g. cerebral palsy, crohns, arthritis) _____

Has your child had any serious accidents? _____

Has your child ever been hospitalized? Why? When? _____

Has your child ever had surgery? Explain _____

Any other health concerns or restrictions _____

I give permission to share this health information with school personnel who work with my child.

Parent/Guardian Signature

Date

EMERGENCY TREATMENT AUTHORIZATION

If impossible to contact parent/guardian, or emergency contacts, I give permission and consent to Alden-Hebron School District #19, its employees and agents, to call the rescue squad, arrange for immediate medical treatment by a licensed physician and/or other medical personnel, and for such physician or other medical personnel to apply such emergency techniques which in their judgment they deem appropriate to treat any injury sustained by my child. I further authorize Alden-Hebron School District #19, by and through its employees and agents; to administer such emergency medical treatment as is necessary for the health and welfare of my child. I do hereby agree to hold harmless and indemnify Alden-Hebron School District #19, its employees and agents, either jointly or severally from all claims, demands, damages or causes of action or injuries, including reasonable attorney's fees and costs in the defense thereof, resulting from or arising out of the provision of emergency medical treatment by school personnel or by a physician and/or other medical personnel.

Parent/Guardian Signature

Date

Medical Summary Form/ Resumen Médico

School Year/ Año Escolar _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ Grado _____

¿Su hijo tiene alergias? Qué son? ¿Cómo tratas a ellos? _____

¿Su hijo tiene una historia de infecciones en los oídos o problemas de audición? _____

¿Usa su hijo gafas o tiene problemas de visión? _____

Los medicamentos administrados en el hogar y por qué prescrito? _____

Los medicamentos que se dan en la escuela y por qué prescriben? (Formulario distintos a través de la enfermera) _____

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes? Por favor, marque lo que corresponda y explica el tratamiento / alojamiento:

___ Asma _____

___ Diabetes _____

___ Convulsiones / Epilepsia _____

___ ADD/ADHD _____

___ Problemas en los huesos o articulaciones _____

___ Problemas cardíacos _____

___ Enfermedad de la piel _____

___ Trastornos de la sangre _____

___ El retraso del desarrollo _____

___ Defectos de nacimiento _____

___ Problemas para hablar _____

___ Cualquier otra condición enfermedad crónica (por ejemplo, parálisis cerebral, crohns, artritis) _____

¿Su hijo ha tenido accidentes graves? _____

¿Ha sido su hijo hospitalizado? ¿Por qué? Cuándo? _____

¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? Explique _____

Cualquier otro problema de salud o restricciones: _____

Yo doy permiso para compartir esta información de salud con el personal escolar que trabajan con mi hijo.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Si no es posible ponerse en contacto con los contactos de los padres / tutores, o de emergencia, doy permiso y consentimiento al Distrito Escolar Alden-Hebrón # 19, sus empleados y agentes, para llamar a la patrulla de rescate, y se encargará de tratamiento médico inmediato por un médico con licencia y / o otro personal médico, y para que el médico u otro personal médico aplican estas técnicas de emergencia que a su juicio consideren apropiadas para tratar cualquier lesión sufrida por mi hijo. Además autorizo Distrito Escolar Alden-Hebrón # 19, por ya través de sus empleados y agentes; para administrar dicho tratamiento médico de emergencia que sea necesario para la salud y el bienestar de mi hijo. Yo estoy de acuerdo en mantener indemne e indemnizar Distrito Escolar Alden-Hebrón # 19, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o separadamente por las reclamaciones, demandas, daños o causas de acción o lesiones, incluyendo honorarios razonables de abogados y costas en la defensa de los mismos , como resultado de o que surja de la provisión de tratamiento médico de emergencia por personal de la escuela o por un médico y / u otro personal médico.

Firma del Padre / Guardián

Fecha