



Health Office Permission / Medical History Form

March 15, 2024 - September 30, 2025

School Name: _____

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____ Bus# _____

Parent Name: _____ Ph# _____ Ph#2 _____

Emergency Contact: _____ Ph# _____

Daily Medications & Dosages: _____

I **approve** the medications I have **initialed** and request my child receive treatment in guidance with district policy

Oral Medications

MUST INITIAL TO BE VALID

Topical Medications

- _____ Ibuprofen (Advil, Motrin)
- _____ Acetaminophen (Tylenol- Fever > 102 F)
- _____ Antihistamine (Benadryl - Allergic Reactions Only)
- _____ Orajel/Anbesol
- _____ Chloraseptic Throat Spray

- _____ Vaseline
- _____ Hydrocortisone Cream
- _____ Caladryl /Calamine Lotion
- _____ Aloe Vera
- _____ Eye Drops

| DIAGNOSED Health Condition | YES | NO | Please EXPLAIN if "YES" |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Seasonal Allergies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explain: |
| Diagnosed Allergy <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Stings/Bites <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Epipen <input type="checkbox"/> Benadryl Please request an emergency care plan from the school health office |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Prescribed Inhaler |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Please call the school health office |
| Seizures | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Please call the school health office |
| Migraines / Frequent Headaches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | How often: <input type="checkbox"/> Concussion History List triggers: |
| Heart Condition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specify |
| Blood Disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specify |
| Bowel / Bladder Disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specify |
| Chicken Pox | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Year diagnosed |
| Latent Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Year diagnosed |
| ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Year diagnosed: Medication: |
| Autism Spectrum Disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Year diagnosed |
| Psychiatric Condition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Other |
| Other Condition(s) not Listed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specify |
| Surgery | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specify |
| Wears Glasses / Contacts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> For Distance <input type="checkbox"/> For Reading |
| Hearing Loss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Right ear <input type="checkbox"/> Left ear <input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Cochlear |

My signature indicates the information on this form may be shared with school staff and emergency responders as needed. If emergency care is needed, I authorize qualified staff/responders to provide any necessary medical treatment. I understand the school district assumes no financial liability for expenses incurred due to an accident, injury, and/or unforeseen circumstances.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____



Consentimiento de Tratamiento Médico / Historial Médico

15 de Marzo, 2024 - 30 de Septiembre, 2025

Nombre de la Escuela: _____

Nombre de estudiante: _____ Féc. De Nac: _____ Grado: _____ # de autobús _____

Nombre del padre/tutor: _____ Ph# _____ Ph#2 _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Medicamentos diarios y dosis: _____

Apruebo los medicamentos que he rubricado y solicito que mi hijo reciba tratamiento de acuerdo con la política del distrito.

Medicamentos Orales

INICIALES REQUERIDAS PARA VALIDAR

Medicina Tópicos

- _____ Ibuprofeno (Advil, Motrin)
- _____ Acetaminofen (Tylenol- Fiebre > 102 F)
- _____ Antihistamínica (Benadryl - Solo Reacción Alérgica)
- _____ Orajel/Anbesol
- _____ Spray cloraseptico para la garganta

- _____ Vaselina
- _____ Crema Hidrocortisona
- _____ Loción Caladryl/Calamina
- _____ Gel de Aloe Vera
- _____ Gotas de Ojos

| Condición de salud DIAGNOSTICADA | SÍ | NO | Por favor EXPLIQUE si "SÍ" |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: |
| Alergia Diagnosticada <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Picaduras/Mordeduras <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Benadryl recetado Solicite un plan de atención de emergencia en la oficina de salud de la escuela |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Inhalador recetado |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Por favor de llamar a la oficina de salud de la escuela |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Por favor de llamar a la oficina de salud de la escuela |
| Migrañas / Dolores de Cabeza Frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Historial de conmoción cerebral Lista de desencadenantes: _____ |
| Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| Desorden Sanguineo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| Trastorno Intestinal / Vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| Varicela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Año de diagnóstico: _____ |
| Tuberculosis Latente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Año de diagnóstico: _____ |
| ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Año de diagnóstico: _____ Medicamento: _____ |
| Desorden del Espectro Autista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Año de diagnóstico: _____ |
| Condición Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Otras condiciones no enumeradas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| Cirugía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| Usa lentes / lentes de contactos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Para la distancia <input type="checkbox"/> Para leer |
| Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Aparatos para los oídos <input type="checkbox"/> Coclear |

Mi firma indica que la información en este formulario puede compartirse con el personal de la escuela y el personal de emergencia según sea necesario. Si se necesita atención de emergencia, autorizo al personal/respondedores calificados a brindar el tratamiento médico necesario. Entiendo que el distrito escolar no asume ninguna responsabilidad financiera por los gastos incurridos debido a un accidente, lesión y/o circunstancias imprevistas.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____