


**Student Health History & Emergency Medical Treatment Consent Form** School Year: \_\_\_\_\_

Student Name	School	Grade/Teacher
Address	DOB	Gender

Parent/Guardian Emergency Contact	Relationship	 Phone	
	Mom	Home	Work
	Dad	Home	Work

Student's doctor/healthcare provider \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Insurance Information:  AHCCCS  Private  No Insurance

**Care & Treatment will be provided for minor injuries at school!**

Indicate if student has been diagnosed by a licensed healthcare provide with any of the following:

If your child has a life threatening condition, state law requires that medication and/or treatment orders from your licensed healthcare provider; and Emergency Plan prepared by the Cluster RN, must be in place before students can attend school.

Health Condition	YES	NO	Explain if "YES"
Medical Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	List:
Food Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Food(s): <input type="checkbox"/> peanut <input type="checkbox"/> dairy <input type="checkbox"/> eggs <input type="checkbox"/> other _____ Does your child require an EpiPen <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Allergy to Bee Stings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does your child require an EpiPen <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rate the reaction <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> severe <input type="checkbox"/> inhaler
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type 1 (Insulin Dependent) <input type="checkbox"/> Type 2
Seizure Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type of Seizure: _____ Medication: _____
Neurological Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specify
Heart Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specify
Blood Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specify Treatment
Bowel/Bladder issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specify Treatment
Migraine Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triggers Treatment
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
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medication for ADD/ADHD: _____
Hearing Loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hearing Loss Right Ear <input type="checkbox"/> Hearing Loss Left Ear <input type="checkbox"/> Hearing Aid(s)
Serious Illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specify
Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specify
Medications taken at home	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	List


The information on this form may be shared with school staff and emergency responders as needed. In the event of a medical emergency with my child, I understand every effort will be made to inform me. If emergency care is needed, I authorize qualified professionals to provide assessment, and any necessary treatment. I understand that the school district assumes no financial liability for expenses incurred due to accident, injury and /or unforeseen circumstances.

Parent/Guardian Signature

Date

**Estudiante Historial de Salud & Consentimiento de Tratamiento Medico** Año Escolar : \_\_\_\_\_

Nombre	Escuela	Grado/Mastro
Direccion	DOB	Genero

Padres/Guardianes Contacto de Emergencia	Relacion	 Telefono
Call 1st		Casa: Trabajo:
Call 2nd		Casa: Trabajo:

Doctor del Estudiante/proveedor de Salud \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

información de Aseguranza:  AHCCCS  Privada  No Aseguranza

**Cuidado y tratamiento de lecciones minimas sera ofrecido en la escuela!**

Indicar si el estudiante a sido diagnosticado por un Doctor con lo siguiente:

Si su hijo tiene una condicion/enfermedad que arriesgue su vida, la ley del estado requiere el medicamento /o tratamiento con ordenes de su proveedor de Salud/Doctor; y plan de Emergencia preparado por la Enfermera RN, tiene que estar en orden antes de comenzar clases.

Condicion Salud	Si	NO	Explicar "Si"
Alergias medicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista:
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comida(s): <input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> lactosa <input type="checkbox"/> huevos <input type="checkbox"/> otros _____ Su hijo necesita inyeccion Epinefrina <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Alergia a las picaduras de abeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su hijo necesita inyeccion Epinefrina <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gravedad de reaccion <input type="checkbox"/> templada <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> severa <input type="checkbox"/> inhalador
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type 1 (Insulina Dependiente) <input type="checkbox"/> Type 2
ataque convulsivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El tipo: _____ Medicamento: _____
desórdenes neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique
problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique
Desorden de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique Tratamiento
problemas vejiga/intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique Tratamiento
problemas de migraña/dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Causas Tratamiento
lentes/contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Para Distancia <input type="checkbox"/> Para Leer
Desorden Hiperactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento ADD/ADHD: _____
pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oído derecho <input type="checkbox"/> oído izquierdo <input type="checkbox"/> audifono(s)
Enfermedades Serias/ lesion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique
cirugia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique
Medicamentos en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista

La informacion de esta forma debe ser compartida con el personal de la escuela y personal de emergencia. En el evento de una emergencia medica con mi hijo, yo entiendo que se hara lo posible por contactarme. Si se necesita tratamiento de emergencia, yo autorizo a profesionales calificados a ofrecer evaluaciones y el tratamiento necessario. Yo entiendo que el Distrito no asume responsabilidad financiera por gastos incurridos por accidentes, lecciones /o circunstancias no preevistas..

Padres/Guardianes Firma

Fecha