



Manatee County School Health Services ANNUAL STUDENT MEDICAL / HEALTH INFORMATION



School _____ School Year _____ Gr _____ Teacher _____

All contact information on this form must match the official names and contact numbers given to the school

Student's Legal Last Name	Student's Legal First Name	MI	Birth Date	Age	Sex
Address/City/State/Zip			Home Telephone		
Parent Name	Place of Employment	Cell #	Work Telephone		
Parent Name	Place of Employment	Cell #	Work Telephone		

Additional Emergency and Clinic Contact/Pick-up List:

Should my child become ill or injured during the school day and the school be unable to contact me, I hereby give the school permission to contact one or more of the following persons to pick up my child at school and care for my child during my absence. **Contact(s) should be the same name(s) as on the BioForm record in the school office:**

(1) Name	Relation	Telephone	(2) Name	Relation	Telephone
(3) Name	Relation	Telephone	(4) Name	Relation	Telephone

OTHER (1) CHILDREN _____ **(2)** _____
Name School/Grade Name School/Grade

PHYSICIAN _____ **PHONE** _____ **DENTIST** _____ **PHONE** _____

MEDICAL PROBLEMS ☐ My child has no medical conditions **MEDICAID** ☐ YES ☐ NO

My child has been diagnosed with the following medical condition(s):

- ☐ Asthma Date of last attack: _____ ☐ Seizures Date of last seizure: _____
☐ Diabetes - Insulin required? ☐ Yes ☐ No
☐ Allergies ☐ Allergies/Allergic to: _____ Requires Epinephrine? ☐ YES ☐ NO
☐ ADHD ☐ Autism Spectrum Disorder (ASD) ☐ Sickle Cell Disease

Does your child have any other major health issue(s)? ☐ Yes (please list) ☐ No

Is your child taking medication(s) at home? ☐ Yes (please list medication) ☐ No

A completed Medication Authorization form is required, signed by physician, for all medication administered at school, including epinephrine auto-injector, inhalers and over the counter medication. Parents must provide all medication, equipment and supplies needed at school. If your child needs a nursing procedure, or has a physical limitation or activity restriction, you must provide medical documentation to the nurse.

In case of accident or serious illness during the school day, I request that the school contact me. In case of emergency, I hereby give the school permission for my child to be transported by Emergency Medical Services to the hospital and given the necessary treatment. I understand that I will be responsible for any and all related charges. I understand that it is the parent's/guardian's responsibility to notify the school of any changes in this information throughout the school year and complete a new medical information form each school year. This information will become part of the student's permanent school record.

THIS INFORMATION WILL BE SHARED WITH OTHER SCHOOL AND MEDICAL PERSONNEL WHO HAVE A NEED TO KNOW.

Signature: _____ Enrolling Parent/Legal Guardian Date _____

Print: _____ Enrolling Parent/Legal Guardian Date _____



Distrito Escolar del Condado de Manatee
Servicios de Salud Escolar
INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD/MÉDICA DEL ESTUDIANTE



Escuela _____ Año Escolar _____ Gr _____ Maestro(a) _____

Toda la información de contactos en este formulario tiene que ser igual a los nombres oficiales y números de contactos dados a la escuela

Apellido Legal del Estudiante	Nombre	Legal del Estudiante	Inicial	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal					Teléfono de la Casa	
Nombre de la Madre		Lugar de Empleo		# Celular	Teléfono del Trabajo	
Nombre del Padre		Lugar de Empleo		# Celular	Teléfono del Trabajo	

CONTACTOS ADICIONALES: (Otros que no sean los padres y guardianes) Lista de Recoger al Niño: Si mi niño se enferma o es herido durante el día escolar y la escuela no puede contactarme, Yo por este medio le doy permiso a la escuela a contactar una o más de las siguientes personas a recoger a mi niño en la escuela y a cuidar de él/ella durante mi ausencia. **El/Los contacto(s) tienen que ser el mismo nombre que está en el Formulario Biológico (BioForm) de récord en la oficina de la escuela.**

(1) Nombre	Relación	Teléfono	(2) Nombre	Relación	Teléfono
(3) Nombre	Relación	Teléfono	(4) Nombre	Relación	Teléfono

OTROS(1) NIÑOS _____ **(2)** _____
Nombre Escuela/Grado Nombre Escuela/Grado

DOCTOR _____ **TEL** _____ **DENTISTA** _____ **TEL** _____

PROBLEMAS MÉDICOS Mi hijo no tiene condiciones medicas **MEDICAID SI NO**

A mi hijo le han **diagnosticado** las siguientes condiciones medicas:

- | | |
|--|---|
| ☐ Asma – Fecha de ultimo ataque: _____ | ☐ Convulsiones- Fecha de la última convulsión: _____ |
| ☐ Diabetes: ¿Se requiere insulina? Si No | |
| ☐ Alergias Alergico(a): _____ ¿Requiere Epinefrina? Si No | |
| ☐ (ASD) Autismo/Espectro Des. | |
| ☐ Células Falciformes (Sickle) | |

¿Tiene su hijo algún otro problema de salud importante? Si (por favor enumere) No

¿Esta su hijo tomando medicamentos? Si (por favor indique los medicamentos) No

Un formulario completo de Autorización Médica, firmado por un médico, es requerido para todos los medicamentos administrados en la escuela, incluyendo auto inyectores de epinefrina, inhalador y medicamentos de venta libre. Los padres deben proporcionar todos los medicamentos, equipos, y suministros necesarios en la escuela. Si su niño necesita un procedimiento médico o tiene limitación o restricción médica, usted debe proveer documentación médica a la enfermera.

En caso de un accidente o enfermedad seria durante el día escolar, Yo pido que la escuela me contacte. En caso de una emergencia, Yo por este medio doy permiso a la escuela para que mi niño/a, sea transportada por Servicios Médicos de Emergencia al hospital y le den el tratamiento necesario. Yo entiendo que yo seré responsable por cualquier y todo cargo relacionado. Yo entiendo que es la responsabilidad de los padres/guardián de notificar la escuela de cualquier cambio en esta información a través del año escolar y de completar un nuevo formulario de información médica cada año escolar. Esta información pasará a ser parte del récord escolar permanente del estudiante.

ESTA INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON OTRAS ESCUELAS/PERSONAL MÉDICO QUE TIENEN NECESIDAD DE SABERLO.

Firma: _____ **Padre que Registra / Guardián Legal** **Fecha** _____

Imprima: _____ **Padre que Registra / Guardián Legal** **Fecha** _____