**School District Health Record Information**

Student Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In order to meet your child’s health needs while at school, we request the following information.

Please complete and sign below even if no health needs exist. Standard first aid procedures are followed for all injuries and illnesses occurring during school. Please make sure we have a way to contact you in an emergency.

|  |
| --- |
| **Has your child been diagnosed with any of the following conditions by a Healthcare Provider (check all that apply)?****Is this a change from last school year? 🞏 Yes 🞏 No** |
|  🞏 ADD/ADHD 🞏 Emotional/Behavioral/Psych 🞏 Heart Condition 🞏 Asthma 🞏 Headaches/Migraines 🞏 Epilepsy/Seizures 🞏 Diabetes 🞏 Orthopedic 🞏 Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Details/Specifics regarding condition:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Allergies** |
|  🞏 Food | Specify: | **Does your child require emergency epinephrine: 🞏 Yes 🞏 No** |
|  🞏 Insect | Specify: | Does your child require oral antihistamine? 🞏 Yes 🞏 No |
|  🞏 Seasonal | Specify: | *If yes to either, the medication will need to be provided by* *the Parent/guardian and a medication consent form is* *required in order to administer it at school.* |
|  🞏 Other | Specify: |

|  |
| --- |
| **Other Medical Problems/Surgeries/Health Information:** |
|  |

**Please contact the school if your wish to talk confidentially to the school nurse about your child’s health condition.**

|  |
| --- |
| **MEDICATION: Is your child currently taking any medication? 🞏 Yes 🞏 No** |
| Type of medication: | Reason for medication: | When is it given? |

*\*\*If the medication is to be given at school, a Medication Consent Form is required.*

Wisconsin State Immunization Law requires all schools to have each student’s immunization record showing the student has met state immunization requirements on file. It is the parents’ responsibility to provide this record or sign an immunization waiver. Parents will be notified if the school does not have a complete record.

I give permission to share my child’s immunization record with the Wisconsin Immunization Registry and my Immunization Provider for the purpose of maintaining a complete and accurate record to assist in assuring full immunization. Check here if you **do not** give your permission: 🞏

**6th Grade Only: Students entering 6th grade need a Tdap (tetanus/pertussis) or a Td (tetanus) containing vaccine within 5 years of September 1 the year they enter 6th grade (ex. current year – 5). Tdap or TD date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*This information will be utilized by the school nurse to develop a health plan for your child if necessary. Information regarding your child’s health condition will be shared only with staff who need to know to assist your child in school.*

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**School District Health Record Information**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para satisfacer las necesidades de salud de su hijo/a mientras está en las escuela, requerimos la siguiente información.

Por favor complete y firme abajo aunque no necesite el servicio. Procedimientos estándar de primeros auxilios se seguen para todas las lesions y enfermedades que ocurran durante la escuela. Por favor estén seguros que tenemos una forma de contactarlos en caso de emergencia

|  |
| --- |
| **Ha sido su hijo diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades por algún Proveedor de Salud (Ponga una****X para indicar condiciones descritas abajo)? Este es un cambio desde el ultimo año escolar? 🞏 Si 🞏 No** |
|  🞏 ADD/ADHD 🞏 Emocional/Comportamiento/Psico 🞏 Condición con el corazón 🞏 Asma 🞏 Delores de Cabeza/Migrañas 🞏 Epilepsia/Convulsiones 🞏 Diabetes 🞏 Ortopédico 🞏 Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Detalles/Especificaciones con referencia a la condición:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Alergias** |
|  🞏 Comida | Especifique: | **Su niño/a require emergencia epinefrina? 🞏 Si 🞏 No** |
|  🞏 Insectos | Especifique: | Su niño/a require antihistamínico oral? 🞏 Si 🞏 No |
|  🞏 Temporada | Especifique: | *Si es si en cualquiera, la medicina debe ser proporcionada**por el padre/guardian y tiene que llenar una forma de**autorización para medicamentos para que se la den en le escuela.* |
|  🞏 Otros | Especifique: |

|  |
| --- |
| **Otros Problemas Médicos/Cirugías/Información de la Salud:** |
|  |

**Por favor contacte la escuela si quiere hablar en privado con la enfermera sobre la condición de la salud de su hijo/a.**

|  |
| --- |
| **Medicaamentos: Esta su hijo/a tomando medicamento en este momento? Si 🞏 No 🞏** |
| Tipo de medicina: | Razón de la medicina: | Cuando se le da? |

*\*\*Si se le va a dar la medicina en la escuela una Forma de Autorización es requerida.*

La Ley de Inmunización de Wisconsin require que todas las escuelas tengan en sus archivos los registros de las inmunizaciones de cada estudiante que muenstra que tienen todas las inmunizaciones requerida por el estado. Es responsabilidad de los padres proporcionar estos registros o firmar una exención de inmunización. Los Padres serán avisados si la escuela no tiene los registros completos.

Yo doy permiso de que compartan los registros de inmunizaciones de mi hijo con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin y mi proveedor de Inmunizaciones con el propósito de mantener unos registros completes y precisos para ayudar en garantizar una inmunización completa. Cheque aquí si usted no da su permiso: 🞏

**Solamente 6th Grado: Estudiantes que van a 6 grado necesitan una Tdap (tétanos/tos ferina) o una Td (tétanos) conteniendo la vacuna dentro de los 5 años de Septiembre 1 del año ellos entran 6 grado (ex. Año actual – 5).**

**Tdap o Td: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para desarrollar un plan e salud para su hijo si es necesario. La información sobre el estado de salud de su hijo será compartida solamente con el personal que necesita saber cómo ayudar a su hijo.*

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_