

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2024-2025

This is required information that will be kept in the SCHOOL HEALTH CLINIC

STUDENT'S NAME: _____ GRADE: _____
DATE OF BIRTH: _____ SEX: _____ HOMEROOM TEACHER: _____
PARENT/GUARDIAN NAME: _____ HOME PHONE: _____
Parent/Guardian Address: _____ WORK PHONE: _____
Parent's cell phone number(s) _____

EMERGENCY CONTACT if unable to reach parent/guardian: _____
RELATIONSHIP: _____ HOME PHONE : _____ WORK PHONE: _____
Emergency contact's cell phone number(s) _____

STUDENT'S PHYSICIAN: _____ PHYSICIAN PHONE NUMBER _____

CHECK ANY THAT CURRENTLY APPLY TO YOUR CHILD

PLEASE DESCRIBE

- | | |
|---|-----------|
| 1. <input type="checkbox"/> Eye or Vision problems | 1. _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> Ear/Hearing problems | 2. _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Lung/Breathing problems, asthma, etc. | 3. _____ |
| 4. <input type="checkbox"/> Heart problems/surgery/blood pressure problem | 4. _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> Kidney/bladder problems, surgery, etc. | 5. _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> Bone, joint or muscle problems | 6. _____ |
| 7. <input type="checkbox"/> Neurological problems, seizures, etc. | 7. _____ |
| 8. <input type="checkbox"/> Spine or back problems, surgery, etc. | 8. _____ |
| 9. <input type="checkbox"/> History of emotional/mental health problems
treatments or hospitalizations | 9. _____ |
| 10. <input type="checkbox"/> Alcohol/drug use/abuse or treatment | 10. _____ |
| 11. <input type="checkbox"/> Diabetes (Type I or Type II) | 11. _____ |
| 12. <input type="checkbox"/> Cancer | 12. _____ |
| 13. <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | 13. _____ |
| 14. <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease or bleeding disorders | 14. _____ |
| 15. <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | 15. _____ |
| 16. <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorders | 16. _____ |
| 17. <input type="checkbox"/> Lupus | 17. _____ |

18. List **any chronic or long term condition** _____
19. List any surgery, date and reason _____
20. List any hospitalization in the past five years _____
21. List **any restrictions on activity/physical handicaps** _____
22. List **all daily medication your child takes** _____
23. List **all allergies to medications**, food products or insect stings your child has _____
Please specify those that are **severe** _____
Does your child have an Epi-Pen? _____ Will you be providing one for the school? [] Yes [] No

MY CHILD (STUDENT'S FULL NAME): _____ has my permission to take part in the School Health Services Program. I understand that my child will receive emergency care in the school, if needed and health services at school that *may* include:

- * First aid for minor injuries, accidents, or illnesses
- * Use of otoscopes (to look in ears), tongue depressors (to look at back of throat), tympanic thermometers (to take temperature by ear), or oral thermometers (to take temperature by mouth) to assess/screen for illness and refer as necessary
- * Vision, hearing, height-weight, dental and scoliosis screenings
- * Assistance with administration of doctor ordered medications
- * Assistance with doctor ordered minor, complex, or chronic health conditions or procedures

I authorize the School District of Monroe County, Florida to release and exchange my child's confidential information to agencies of the State of Florida to determine Medicaid eligibility and if applicable to bill Medicaid for reimbursable Certified School Match services referenced on my child's individual education plan (IEP) and receive Medicaid reimbursement for Exceptional Student Education (ESE) services it provides to my child while at school. I understand that my child will receive services referenced on his/her IEP whether or not I give consent.

I understand that in case of an accident or serious injury, first aid will be administered, and I will be contacted. If I cannot be reached, I understand the contact the person/s listed on this form as emergency contacts, will be contacted.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

IF YOU DO NOT WANT YOUR CHILD TO BE SEEN IN THE CLINIC, PLEASE ATTACH A WRITTEN NOTICE TO THIS FORM

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2023-2024

Esta es la información requerida que se guardará en la CLÍNICA DE SALUD ESCOLAR

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Profesor de aula: _____
Nombre del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (casa): _____
Dirección del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (trabajo): _____
El número de teléfono celular de los padres: _____

Contacto de emergencia (si no podemos comunicarlos con el padre/guardián): _____
Relación: _____ # de teléfono (casa): _____ # de teléfono (oficina): _____
El número de teléfono celular _____

Doctor de estudiante: _____ # de teléfono del doctor: _____

MARQUE TODOS EN LA ACTUALIDAD QUE APLICAN A SU HIJO

1. Problemas del ojo/visión
2. Problemas de la oída/audición
3. Problemas de respiración, asma, etc.
4. Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker)
5. Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc.
6. Problemas del los huesos, articulaciones, musculo
7. Problemas neurológicos, ataques, etc.
8. Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.
9. Historia de problemas emocionales mental
Tratamiento o hospitalización
10. Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento
11. Diabetes (Tipo I o Tipo II)
12. Cáncer
13. ADD/ADHD
14. Anemia Falciforme o trastornos hemorrágicos
15. Fibrosis quística
16. Desorden Del Espectro Autista
17. Lupus
18. Indique condición prolongada o crónica: _____
19. Indique cualquier, fecha y razón: _____
20. Indique cualquier hospitalización en los últimos 5 años: _____
21. Indique cualquier restricción de movimiento físico (minusvalida) _____

PORFAVOR EXPLIQUE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____

22. Indique todo tipo de medicamento que tome su niño/niña cada día: _____
23. Indique todo tipo de alergia a medicamento, comida, o insectos: _____
Indique **los graves**: _____
Su niño/ niña tiene un Epi-Pen? _____ Usted va a proporcionar uno para la escuela? [] Si [] No

Mi niño/niña (NOMBRE COMPLETO): _____ tiene mi permiso a participar en el Programa de Servicios de Salud en la escuela. Yo entiendo que mi hijo recibirá cuidado de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

- * Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
- * Uso de otoscopios (para mirar dentro de los oídos), depresores de lengua (para mirar la parte posterior de la garganta), termómetros timpánico (para tomar la temperatura de oído) u oral termómetros (para tomar la temperatura por vía oral) para evaluar/detectar enfermedades y derivar según sea necesario
- * Exámenes de Visión, audición, altura - peso, dentales y de escoliosis
- * Asistencia con la administración de medicinas ordenados por el médico
- * Asistencia con condiciones o procedimientos de salud menores, complejos o crónicos ordenados por el médico

Yo autorizo que de información acerca de mi hijo al Distrito de escuela del condado de Monroe como nombre, edad y seguro social para las agencias del estado de la Florida con el propósito de saber si los niños son elegibles para el Medicaid u otro seguro. También dar autorización para que el seguro de Medicaid u otro seguro reciba pagos de estos por el servicio dado en la escuela de su hijo.

Entiendo que en caso de accidente o lesión grave, se administrarán primeros auxilios y me contactarán. Si no puedo ser contactado, entiendo que el contacto que la persona o personas que figuran en este formulario como contactos de emergencia, serán contactados.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA VISTO EN EL CLÍNICA , ADJUNTE UN AVISO POR ESCRITO A ESTE FORMULARIO