

Kelton Independent School District
16703 FM 2697
Wheeler, Texas 79096
(806) 826 – 5795
(806) 826 – 3601 [fax]

STUDENT MEDICAL INFORMATION

Child's Name _____

Parent's Name _____

Student's Health Concerns – Disabilities, Conditions, Medical Alerts: _____

List ALL Drug Allergies/Sensitivities: _____

My Child Regularly Takes the Following Medications: _____

Please place a check (✓) or an X in the space(s) that apply.

- ☐ I give consent to the school to provide my child with the following over-the-counter medicines:
Chlorasceptic Lozenges, Cough Drops, First Aid Cream, Medi Quick Spray, Orajel, Sting Kill, Vaseline,
Contact Solution, Contact Lubricating Eye Drops
- ☐ I choose to not provide any health information related to my child to the school. I realize that this
could adversely affect him/her.
- ☐ I give consent for the exchange of my child's immunization information between the school and all
other healthcare providers, as needed.

Parent/Guardian Signature

Date

Kelton Independent School District
16703 FM 2697
Wheeler, Texas 79096
(806) 826 – 5795
(806) 826 – 3601 [fax]

INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Niño _____

Nombre del Padre _____

Problemas de la salud del estudiante - Condiciones médicas, Alarmas médicas, discapacidades _____

Haga una lista de TODAS las alergias/sensitividades a las drogas: _____

Mi niño regularmente toma las siguientes medicinas: _____

Favor ponga una marca (✓) o una X en el espacio que aplica a su niño

_____ Yo doy permiso a la escuela Kelton para proveer a mi niño con las siguientes (over the counter) medicinas: Lozenges Chlorasceptic, First Aid Cream, Medi Quick Spray, Orajel, Sting Kill, Vaselina, Solucion para los contactos, Gotas de los ojos para lubricar a los contactos.

_____ Yo escojo no proveer a la escuela informacion de salud ninguna relacionado a mi niño. Me doy cuenta que esta decision podrá tener un efecto adverso para el/ella.

_____ Yo doy permiso para compartir la informacion de inmunizaciones entre la escuela y todos otros preveedores de salud, si sea neceario.

Firma

Fecha