

DUMAS ISD – STUDENT MEDICAL INFORMATION

Student Name: _____	Date of Birth: _____
----------------------------	-----------------------------

Does your child have any health problems? (Circle all that apply)				
Anemia	Asthma	ADHD	Chest/Heart condition	Cerebral Palsy
Cystic Fibrosis	Diabetes	Eating disorder	Epilepsy/Seizures	
Kidney disorder	Hearing/Vision problems	Stomach disorder	Muscular/Orthopedic disorder	
Other: _____				

Food Allergies: <i>Severe food allergy means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen, introduced by inhalation, ingestion or skin contact that requires immediate medical attention.</i>	
List foods to which your child is allergic or severely allergic, as well as the nature of your child's reaction to the food.	
Specify the food (like milk, nuts, egg, etc):	Describe allergic reaction to the food:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Other Allergies (medications, insects, latex, etc.):	Does your child have an Epinephrine Auto-injector (Like Epi-Pen)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Does your child take medications prescribed by a doctor? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Name of medication(s) and how often:
Will your child need a prescribed medication at school? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

DOCTOR: _____	Phone: _____
DENTIST: _____	Phone: _____

In case of high fever or a medical emergency an attempt will first be made to contact the parent or guardian. In the event I cannot be reached, my child may be picked up by one of the individuals I have listed on Registration Form. I authorize the school nurse to provide health care to my student per physician standing orders.

If I am unable to be reached in the case of a serious accident or illness to my child, I authorize a representative of the DISD to consent for medical treatment or to refer my child to the Doctor/Dentist I have specified or to Moore County Memorial Hospital.

I authorize the above information to be shared with school personnel on a need-to-know basis. I will discuss any confidential medical conditions with the campus nurse. I certify that the information given on this form is true and correct.

Signature of Parent or Guardian:
Date:
Home Phone Number:
Cell Phone Number:

DUMAS ISD – INFORMACI3N M3DICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____
-------------------------------------	-----------------------------------

¿Tiene su hijo/a alg6n problema de salud? (Circule todo lo que aplique)			
Anemia	Asma	Condiciones del Coraz3n	Par3lisis Cerebral
Fibrosis Cistica	Diabetes	Desordenes Alimenticios	Epilepsia/Convulsiones
Desordenes del Ri6n	ADHD	Problemas de Visi3n/Audici3n	Desordenes del Est3mago
Otros: _____			Desordenes Musculares/Ortop3dicos

Alergias a Alimentos: Alergias severas a alimentos quiere decir que hay una reacci3n peligrosa/de vida del cuerpo humano a una fuente al3rgenica alimenticia por inhalaci3n, ingest3n 3 contacto con la piel que requiere atenci3n m3dica inmediata.
Enliste los alimentos a los cuales su hijo/a es al3rgico/a 3 severamente al3rgico/a, asi como la naturaleza de la reacci3n de su hijo/a al alimento.

Especifique el alimento (como leche, nueces, huevo, etc):	Describa la reacci3n al3rgica al alimento
Otras Alergias (Medicamentos, insectos, latex, etc):	¿Tiene su hijo/a un Auto-inyector de Efedrina (Como Epi-Pen)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Toma su hijo/a medicamentos recetados por un doctor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Necesitar3 su hijo/a alg6n medicamento recetado en la escuela? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de el/los medicamento(s) y cada cuando:
--	--

DOCTOR: _____	Tel3fono: _____
DENTISTA: _____	Tel3fono: _____

En caso de fiebre alta 3 una emergencia m3dica se tratar3 de contactar primero a los padres 3 tutores. En el caso de que no me puedan localizar, mi hijo/a puede ser recogido por uno de los individuos que he enlistado en la Forma de Registro. Yo autorizo a la enfermera de la escuela a prop3rcionar cuidado de salud a mi estudiante para seguir las ordenes presentes del doctor.

Si no se me puede localizar en caso de un accidente serio 3 enfermedad de mi hijo/a, Yo autorizo a un representante de DISD para dar permiso de tratamiento medico 3 de referirlo al Doctor/Dentista que he especificado 3 al Hospital Moore County Memorial .

Yo autorizo que la informaci3n proveida se comparta con el personal escolar solo cuando sea necesario. Yo discutir3 cualquier informaci3n m3dica confidencial con la enfermera del plantel. Yo certifico que la informaci3n dada en esta forma es verdadera y correcta.

Firma de los Padres 3 Tutores:
Fecha:
N3mero Tel3fonico de Casa:
N3mero de Tel3fono Celular: