

Le Sueur-Henderson Public Schools ■ ISD 2397
Annual Health/Emergency Information 2023-2024 6th-12th grade

Student Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Parent/Guardian Name _____

Phone (H) _____ (W) _____ (Cell) _____

Parent/Guardian Name _____

Phone (H) _____ (W) _____ (Cell) _____

If a parent/guardian cannot be reached, please call:

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Family Physician/Health Care Provider _____ Phone _____

Family Dentist _____ Phone _____

HEALTH CONCERNS

Does your child have a medical condition that school should be aware of? Yes ___ No ___

If yes, please describe:

Asthma _____ Physical Disability _____

Diabetes _____ Hearing/Vision _____

Seizure Disorder _____ ADD/ADHD _____

Heart Condition _____ Mental Health _____

Bladder/Bowel _____ Concussions _____

Dietary Restrictions _____ Frequent Headaches _____

Does your child have a medically diagnosed, life-threatening allergy? Yes ___ No ___

Allergies/reaction _____

Requires Epi-Pen? Yes ___ No ___

In the past year, has your child had any major illness, operation or injury? Yes ___ No ___

Specify: _____

Is your child taking Medication? Yes ___ No ___ If yes, please list medication and dose:

Reminder: ISD 2397 requires a "Consent form for Administration of Medication During the School Day" form signed by a licensed healthcare provider and parent before prescription medication (including insulin, inhalers, Epi-Pen, and oral medication) may be taken at school. Please refer to the school district medication guidelines.

Please complete side 2
(05/2023)

Le Sueur-Henderson Public Schools ■ ISD 2397
Annual Health/Emergency Information 2023-2024

Is there a condition that may limit your child's participation in:

- ◆ Physical Education? Yes _____ No _____ If Yes, _____
- ◆ Competitive Sports? Yes _____ No _____ If Yes, _____

Do you have other concerns about your child's physical health or emotional well-being?

Please specify _____

- The information provided above will be shared in a confidential manner with appropriate staff members or emergency personnel who need to know, in order to provide for the safety and health needs of the student.
- For the safety of your student, you must keep the school informed of any changes in health status or contact information.
- ISD 2397 may take whatever emergency measures are judged necessary for the safety of the student. In case of a medical emergency, a student may be transported to the local medical center. Any charges incurred are the responsibility of the parent/guardian. In some situations, school staff may need to contact local emergency resources before a parent or other emergency contact can be notified.
- If the student rides the school bus, it is the responsibility of the parent/guardian to inform the bus company of the student's health condition and plan.
- If the student participates in before/after school activities, it is the responsibility of the parent/guardian to inform the coach/supervisor of the student's health condition and plan.

NEW

Over-the-counter medication will be available for students grades 6-12 in the health office with parent/guardian permission. **Students are not allowed to carry over-the-counter medications in school. Only emergency medications can be carried with a healthcare provider order.** (Epi-Pen, inhaler, insulin)

**Please indicate which medication you are giving consent for your child to receive while at school.

Tylenol: 350-650 mg _____ **Ibuprofen:** 200-400 mg _____ **TUMs** chewable: 1-2 tabs _____

Benadryl: 25-50 mg _____ cough drop: 1 _____

Parent/Guardian Authorization:

1. I request that the above medication be given to my child during regular school hours (no after school activities).
2. I give permission for the medication to be given by the designated personnel as delegated, trained, and supervised by the Licensed School Nurse.
3. I authorize the Licensed School Nurse/designee to exchange information with my child's healthcare provider concerning any questions that arise with regard to the listed medication, medical condition, or side effects of this medication.
3. I release school personnel from the liability in relation to the administration of this medication at school.

*

Parent/Guardian Signature

Date

*****Reminder:** If your child becomes ill at school, school procedure indicates that he/she must go to the health office for assessment prior to being excused. The school nurse or health office representative will call the parent/guardian as necessary. A call to a parent by the student without following this procedure will be considered an unexcused absence.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del padre/tutor _____

Teléfono (H) _____ (W) _____ (Celular) _____

Nombre del padre/tutor _____

Teléfono (H) _____ (W) _____ (Celular) _____

Si no se puede comunicar con un padre/tutor, llame a:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico de familia/Proveedor de atención médica _____ Teléfono _____

Dentista de familia _____ Teléfono _____

PREOCUPACIONES DE SALUD

¿Su hijo tiene una condición médica que la escuela debería conocer? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, describa:

Asma _____ Discapacidad física _____

Diabetes _____ Audición/visión _____

Trastorno convulsivo _____ ADD/ADHD _____

Condición cardíaca _____ Salud mental _____

Vejiga/intestino _____ Conmociones cerebrales _____

Restricciones dietéticas _____ Dolores de cabeza frecuentes _____

¿Tiene su hijo una alergia diagnosticada médicamente y potencialmente mortal? Sí ___ No ___

Alergias/reacción _____

¿Requiere Epi-Pen? Sí _____ No _____

En el último año, ¿ha tenido su hijo alguna enfermedad, operación o lesión grave? Sí ___ No ___

Especifique: _____

¿Está su hijo tomando medicamentos? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, indique el

medicamento y la dosis: _____

Recordatorio: ISD 2397 requiere un formulario de "Consentimiento para la administración de medicamentos durante el día escolar" firmado por un proveedor de atención médica con licencia y un padre antes de que se puedan tomar medicamentos recetados (incluyendo insulina, inhaladores, Epi-Pen y medicamentos orales) en la escuela. Consulte las pautas de medicamentos del distrito escolar.

Por favor complete el lado 2
(05/2023)

Escuelas públicas de Le Sueur-Henderson ■ ISD 2397
Información anual de salud/emergencia

Durante el año pasado, ¿ha tenido su hijo alguno de los siguientes?

- ❖ Examen físico por el Dr. _____ Resultado _____ Fecha _____
- ❖ Examen dental por el Dr. _____ Resultado _____ Fecha _____

¿Tiene otras preocupaciones sobre la salud física o el bienestar emocional de su hijo?

Especifique _____

- La información proporcionada anteriormente se compartirá de manera confidencial con los miembros del personal apropiados o el personal de emergencia que necesite saber, a fin de satisfacer las necesidades de seguridad y salud del estudiante.
- Para la seguridad de su estudiante, debe mantener informada a la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud o información de contacto.
- ISD 2397 puede tomar cualquier medida de emergencia que se considere necesaria para la seguridad del estudiante. En caso de una emergencia médica, un estudiante puede ser transportado al centro médico local. Cualquier cargo incurrido es responsabilidad del padre/tutor. En algunas situaciones, es posible que el personal de la escuela deba comunicarse con los recursos locales de emergencia antes de que se pueda notificar a un padre u otro contacto de emergencia.
- Si el estudiante viaja en el autobús escolar, es responsabilidad del padre/tutor informar a la compañía de autobuses sobre el estado de salud y el plan del estudiante.
- Si el estudiante participa en actividades antes/después de la escuela, es responsabilidad del padre/tutor informar al entrenador/supervisor sobre el estado de salud y el plan del estudiante.

NUEVO

Los medicamentos de venta libre estarán disponibles para los estudiantes de los grados 6-12 en la oficina de salud con el permiso de los padres/tutores. Los estudiantes no pueden llevar medicamentos de venta libre en la escuela. Solo se pueden llevar medicamentos de emergencia con una orden del proveedor de atención médica. (Epi-Pen, inhalador, insulina)

**Indique qué medicamento está dando su consentimiento para que su hijo reciba mientras está en la escuela.

Tylenol: 350-650 mg _____ Ibuprofeno: 200-400 mg _____ TUMs masticables: 1-2 pestañas _____

Benadryl: 25-50 mg _____ pastilla para la tos: 1 _____

Autorización del padre/tutor:

1. Solicito que el medicamento anterior se administre a mi hijo durante el horario escolar regular (sin actividades después de la escuela).
2. Doy permiso para que el medicamento sea administrado por el personal designado como delegado, capacitado y supervisado por la Enfermera Escolar Licenciada.
3. Autorizo a la enfermera escolar con licencia/designado a intercambiar información con el proveedor de atención médica de mi hijo sobre cualquier pregunta que surja con respecto al medicamento mencionado, la condición médica o los efectos secundarios de este medicamento.
3. Libero al personal escolar de la responsabilidad en relación con la administración de este medicamento en la escuela.

*

Parent/Guardian Signature

Date

Firma del padre/tutor Fecha

***Recordatorio: si su hijo se enferma en la escuela, el procedimiento escolar indica que debe ir a la oficina de salud para una evaluación antes de ser excusado. La enfermera de la escuela o el representante de la oficina de salud llamará al padre/tutor según sea necesario. Una llamada a un padre por parte del estudiante sin seguir este procedimiento se considerará una ausencia injustificada.