



SCHOOL HEALTH

Name of Student _____ Date of birth _____

Father's Name /Guardian _____ Day Time Phone # _____

Mother's Name /Guardian _____ Day Time Phone # _____

If both parents are unavailable, name of person to contact: _____
Phone # _____

HEALTH SURVEY

HEALTH CONDITIONS: (Check all that apply)

Asthma Seizures/Epilepsy Diabetes OTHER (list) _____

PLEASE LIST ANY:

Allergies _____

Daily Medications given at home _____

- In order for a student with asthma, allergies, or diabetes to carry and self-administer his/her prescribed medication, a licensed healthcare provider must provide a statement confirming that the student is able to self-administer the medication listed on this form.
- If the student is seeking diabetes care at school, a diabetes medical management form signed by the licensed healthcare provider must be attached.

**Whitfield County Health Department provides school health services to all students at no cost. These services are confidential but information may be shared with school personnel as needed for the health and safety of your child. If you do not want your child to receive these services, please return a written statement to the school.*

MEDICATIONS TO BE GIVEN AT SCHOOL

Medication Authorization and Release

(Includes medication prescribed by doctor and over the counter medications including ibuprofen, Tylenol, Advil, etc.)

Medication must be sent to school by the parent. We cannot supply medications at school.

NOTE: ALL MEDICATIONS MUST BE IN THEIR ORIGINAL CONTAINER (no baggies, foil, etc.). Parent/guardian must notify school immediately of any changes in medication. For prescription medication prescribed by a healthcare provider, ask pharmacy to divide prescription medication into 2 bottles, one for home and one for school. Only send amount of medication needed for school, leave rest at home.

Name of	Medication	Dosage	Time(s) to be given	Condition/Illness Requiring Medication
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

NOTE: Unused medication will be disposed of unless picked up within one week after school is out. (Students may take over the counter medications home at the end of the school year. Students may take prescription medications home at the end of the school year with parent permission.)

Special Instructions:

The undersigned hereby releases and agrees to hold harmless and indemnify the Dalton Board of Education and any employee or agent of the Board from any liability whatsoever occasioned by the administration or non-administration of the above described medication to our child during school hours in accordance with the above instructions.

The undersigned also authorizes the prescribing physician above to discuss with the principal or his/her designated staff member any matter regarding the medication to be administered.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____



Salud en la Escuela

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre /Guardián _____ # de Trabajo/ # de Celular _____

Nombre de la Madre /Guardián _____ # de Trabajo / # de Celular _____

Si ambos padres no están disponibles, el nombre de la persona para contactar:

_____ # de Teléfono _____

Encuesta de Salud

PROBLEMAS DE SALUD (marque los que se apliquen):

Asma Convulsiones/Epilepsia Diabetes Otros (List) _____

Favor de anotar:

¿ALERGIAS? _____

MEDICAMENTOS DADOS EN LA CASA _____

- Para que un estudiante con asma, alergias o diabetes pueda llevar consigo y administrar su medicamento recetado, un médico con licencia debe proporcionar una declaración confirmando que el estudiante es capaz de auto administrarse la medicación indicada en este formulario.
- Si el estudiante está buscando cuidado de la diabetes en la escuela, una forma médica de gestión de la diabetes firmada por el profesional de la salud licenciado debe estar anexada.

**El Departamento de Salud del Condado de Whitfield proporciona servicios de la sanidad en la escuela a todos los estudiantes gratis. Estos servicios son confidenciales, pero la información puede ser compartida con el personal de la escuela como necesitado para la salud y la seguridad de su niño. Si usted no quiere que su niño reciba estos servicios, favor de regresar una declaración escrita a la escuela.*

MEDICAMENTOS QUE SE DARA EN LA ESCUELA

Formulario de Liberación y Autorización de Medicamentos

(Medicamento del médico y medicinas sin receta (Por ejemplo: Tylenol, Advil, Midol o Alleve)

Medicamento debe enviarse a la escuela por los padres. La escuela no puede dar medicamentos.

NOTA: TODAS LAS MEDICINAS DEBEN ESTAR EN SU FRASCO ORIGINAL (no en bolsitas, enrolladas en papel de aluminio, etc.)

Padres/Tutores deben notificar a la escuela de inmediato de cambios en la medicina de su hijo/a. Para medicamento prescritas por un proveedor de salud, pidan a la farmacia que divida la prescripción en 2 botellas, una para la casa y otra para la escuela. Sólo envíen la cantidad de medicina necesaria para la escuela, dejen el resto en casa.

Nombre del Medicamento	Dosis	Horas de administrarse	Condición/Enfermedad que requiere la medicina
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nota: Medicamentos no utilizados serán eliminados a menos que recogidos dentro de una semana después que haya terminado el año escolar. (Los estudiantes pueden llevar sus medicamentos que son de venta libre para su casa al final del año escolar. Ellos pueden llevar sus medicamentos recetados para su casa al final del año escolar con el permiso de los padres.)

Instrucciones Especiales:

El abajo firmante libera y está de acuerdo a mantener indemne e indemnizar a la Junta de Educación Pública de Dalton y cualquier empleado de la Junta de cualquier responsabilidad ocasionada por la administración o no administración del medicamento descrito en la parte de arriba de este formulario a nuestro hijo/a durante el horario escolar conforme las instrucciones descritas en el mismo.

El abajo firmante también autoriza que el médico nombrado en la parte de arriba del formulario discuta con el/la director/a o con un miembro de su personal designado sobre cualquier asunto con respecto al medicamento que será administrado.

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ **Fecha** _____