

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: 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.

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

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.

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 Adult Enrolling Student:
Date:
Relationship:
Adult Date of Birth:

DUMAS ISD – INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

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

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud? (Circule todo lo que aplique)			
Anemia	Asma	Condiciones del Corazón	Parálisis Cerebral
Fibrosis Cística	Diabetes	Desordenes Alimenticios	Epilepsia/Convulsiones
Desordenes del Riñon	ADHD	Problemas de Visión/Audición	Desordenes del Estómago
Otros: _____			Desordenes Musculares/Ortopédicos

Alergias a Alimentos: Alergias severas a alimentos quiere decir que hay una reacción peligrosa/de vida del cuerpo humano a una fuente alérgica alimenticia por inhalación, ingestión ó contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.
Enliste los alimentos a los cuales su hijo/a es alérgico/a ó severamente alérgico/a, así como la naturaleza de la reacción de su hijo/a al alimento.

Especifique el alimento (como leche, nueces, huevo, etc):	Describa la reacción alérgica al alimento
Otras alergias:	¿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"/> ¿Necesitará su hijo/a algún medicamento recetado en la escuela? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de el/los medicamento(s) y cada cuando:
--	--

DOCTOR: _____	Teléfono: _____
DENTISTA: _____	Teléfono: _____

En caso de fiebre alta ó una emergencia médica se tratará de contactar primero a los padres ó 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.

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

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

Firma del Adulto Registrando al Estudiante:
Fecha:
Relación:
Fecha de Nacimiento del Adulto: