



School Health Care Plan

Name of Student _____ School _____
Teacher/Grade _____ Date _____

Dear Parent:

We understand that your child has _____.
The school needs further information so that they will know how to deal with any situation related to this condition. Please complete this form and return it to school. **Medication cannot be given at school without a completed medication authorization form signed by the health care provider and parent.**

School Nurse

Phone

Describe your child's health condition/any related symptoms:

Current medications:

Are there any special instructions or restrictions related to this condition?

Health Care Provider Name _____ Phone _____

Has your child been seen by the health care provider for this condition in the past 12 months?
Yes ___ No ___ Hospitalized? Yes ___ No ___

Any other information that would be helpful to the school:

If at some future date any of this information changes, please notify the school. Please sign below, indicating your consent for me to communicate with your child's health care provider.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____
Address _____
Phone (home) _____ (work) _____

Teachers are responsible for establishing a means of notifying all others who may assume responsibility for this student (teacher assistants, substitute teachers, specialty teachers), that this plan exists.



Plan de Cuidado de Salud Escolar

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____
Maestra/Grado _____ Fecha _____

Estimados Padres:

Entendemos que su hijo tiene _____.

La escuela necesita más información para que ellos sepan cómo tratar cualquier situación relacionada con esta condición. Favor de completar este formulario y devuélvalo a la escuela. **Los medicamentos no se pueden dar en la escuela sin un formulario de autorización de medicamentos completado y firmado por el proveedor de atención médica y los padres.**

Enfermera Escolar

Teléfono

Describa la condición de salud de su niño y/o cualquier síntoma relacionado:

Medicinas actuales:

¿Hay algunas instrucciones especiales o restricciones relacionadas con esta condición?

Nombre del proveedor de atención médica _____

Teléfono _____

¿En los últimos doce meses, ha sido visto su niño por el proveedor de atención médica para esta condición?

Si ___ No ___

¿Hospitalizado? Si ___ No ___

Alguna otra información que pueda ser útil para la escuela:

Si en el futuro alguna parte de información cambia, favor de notificar a la escuela. Por favor firme abajo, indicando su consentimiento para comunicarme con el proveedor de atención médica de su hijo.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Dirección _____

Teléfono (hogar) _____ (trabajo) _____