

**PENDER COUNTY SCHOOLS
MEDICAL ALERT FORM**

Grade (Curso) _____

Teacher (Maestro) _____

Student (Nombre del Estudiante): _____ **Birthdate** (Fecha de nacimiento): _____

Parents/Guardians name: _____ Phone Number _____

Family/Emergency Contacts: _____ Phone Number _____

Other Contacts: _____ Phone Number _____

This includes those with permission to pick your child from school. Please Contact School Immediately with Any Change (Por favor de ponerse en contacto inmediatamente con la escuela si ha cambios)

Parents are responsible for notifying and updating the School Nurse regarding any medical conditions. Please include information regarding any **recent** hospitalizations or surgeries. *(Los Padres son responsables para notificar la enfermera de la escuela en lo que concierne condiciones medicas de su hijo. Incluya información de visitas recientes al hospital o cirugías.)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Health Problems (No tiene problemas de salud) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Seizures (Convulsiones) | <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) |
| <input type="checkbox"/> Blood Disorder (Problema la sangre) | <input type="checkbox"/> Nosebleeds, frequent (Sangre de nariz) |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Respiratory (Asma/probl. respiratorios) | <input type="checkbox"/> Hearing Problems (Problemas de oídos) |
| <input type="checkbox"/> Heart Disorder (Problema del corazón) | <input type="checkbox"/> Bone/Muscle Disorder (Problemas de huesos/músculos) |
| <input type="checkbox"/> Severe Insect Allergy (requiring medication at school)
<i>(Alergia a insectos – requiere medicamento en la escuela)</i> | <input type="checkbox"/> HIV (VIH) |
| <input type="checkbox"/> Severe Food Allergy (requiring medication at school)
<i>(Alergia a comida – requiere medicamento en la escuela)</i> | <input type="checkbox"/> Other (explain) (Otra condición – explica) |
| <input type="checkbox"/> Medication Taken At Home - List (Escriba medicamentos tomados en casa) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Needs Medication, Specific procedure or Special medical assistance at School – Requires doctor's order
<i>(Necesita medicamentos o cuidados especiales – requiere ordenes del medico):</i> | |

Specific Symptoms/Comments (intom/comentarios): _____

**** ANY MEDICATION TO BE ADMINISTERED MUST BE PROVIDED TO THE SCHOOL BY THE PARENT ALONG WITH A PCS REQUEST FOR MEDICATION ADMINISTRATION FORM. (UNO DE LOS PADRES DEBE PROVEER CUALQUIER MEDICAMENTOS A LA ESCUELA)**

Student's Physician: (Doctor del estudiante) _____ # _____

The School Health Nurse has my permission to obtain further information regarding my child's health needs at school from his/her above named Physician. *(La enfermera escolar tiene permiso de llamar el doctor de me hijo para de obtener cualquier información a relación a la salud de mi hijo.)*

Parent/Guardian's Signature (Firma del padre/guardián) **Date** (Fecha)

This information may be distributed to the child's teachers, nurse, cafeteria, coach, cumulative folder, bus driver and school administration. *(Esta información será provisto a los maestros, enfermera, cafetería, archivos y oficina de administración de la escuela.)*

<p><u>SCHOOL NURSE USE ONLY</u></p> <p><i>El cuadro debe ser llenado por la enfermera escolar.</i></p> <p>Student has Medication: _____ Location: _____</p> <p>Special Instructions: _____</p> <p>_____</p>	<p>Review _____ Plan</p>
--	--------------------------