



Student Medical Information 2019 – 2020

This form must be updated and returned to school each school year.

Please let your school know about your child’s health and health care. This is a good way to keep your child safe. The information is **CONFIDENTIAL** and will be shared only with CPS staff who need to know (Nurse, Principal, Designee, or Clerk).

Student Name _____ Date of Birth _____ Student ID Number _____

School _____ Grade _____

1. Please indicate your child’s health status below

- My child has no known health conditions*
- My Child has a known condition(s). Please check all that apply:
- Allergies (food or other) – please specify:* _____
- Asthma* *Year Diagnosed* _____
- Diabetes – please circle one:* *Type 1* *Type 2* *Year Diagnosed* _____
- Seizures/Epilepsy* *Year Diagnosed* _____
- Sickle Cell Disease* *Year Diagnosed* _____
- Other:* _____ *Year Diagnosed* _____

2. My child has a primary doctor.	YES	NO
-----------------------------------	-----	----

If yes, please provide the healthcare provider’s name and phone number:

Name: _____ *Phone number:* _____

I give permission for my child’s school nurse or designee to talk to the doctor about my child’s health.

3. My child is covered by health insurance.	YES	NO
---	-----	----

If your child needs health insurance call Healthy CPS 773-553-KIDS (5437)

This Form is **NOT** the same as a “**Plan of Care**” (detailed medical care instructions to keep your child safe). If your child has a health condition that may require action at school, please provide school with documentation from your physician and schedule an appointment with your school nurse. Complete a “Medical Plan of Care Form” at: www.cps.edu/oshw (or get it from the school nurse), and return it to school. **If your child has a health condition, please schedule an appointment with the school nurse.**

Parent Name: _____ Date: _____

Parent Signature: _____

Phone Number: _____ Email: _____

PLEASE RETURN THE FORM TO THE SCHOOL NURSE
IF THE STUDENT HAS A HEALTH CONDITION PARENTS MUST
SCHEDULE A MEETING WITH THE SCHOOL NURSE

Nurses Use Only Reviewed by: Date and Initial
--



Información Médica del Estudiante 2019 – 2020

ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ACTUALIZADA Y PRESENTADA **ANUALMENTE** AL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR

Comuníquese con su escuela sobre la salud y cuidado de salud de su hijo. Esto es una buena manera de mantener seguro a su hijo(a). La información es **confidencial** y será compartida sólo con personal de CPS que necesita saber (enfermera, Director o persona designada y Secretaria).

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	No. ID del Estudiante
Escuela		Grado

1. Indiqué el estado de salud de su hijo(a)

Mi hijo(a) no tiene condiciones de salud.

Mi hijo(a) tiene condición(es) de salud. Por favor marque todo lo que aplique:

- Alergias (alimentos o otro) – por favor especificar:* _____
- Asma* Año Diagnosticado: _____
- Diabetes – por favor circule tipo: Tipo 1 Tipo 2* Año Diagnosticado: _____
- Convulsiones/Epilepsia* Año Diagnosticado: _____
- Célula falciforme* Año Diagnosticado: _____
- Otro:* _____ Año Diagnosticado: _____

2. Mi hijo(a) tiene un proveedor de atención médica primario. SÍ NO

En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre del médico y número de teléfono:

Nombre: _____ *Número de teléfono:* _____

Yo doy permiso a la enfermera de la escuela de mi hijo(a) o persona designada hablar con el proveedor de salud sobre la salud de mi hijo.

3. Mi hijo(a) está cubierto por un seguro de salud. SÍ NO

Si su hijo(a) necesita seguro de salud, llame a Healthy CPS 773-553-KIDS (5437)

Este formulario **NO** es lo mismo que un "**Plan de Atención**" (atención médica detallada con instrucciones para proteger a su hijo(a)). Si su hijo(a) tiene una condición de salud que puede necesitar una acción en la escuela, por favor háganoslo saber que es lo mejor de hacer. Complete un "Plan de Cuidado Médico" en: www.cps.edu/oshw (o de la enfermera escolar) y regréselo a la escuela. **Si el problema es de alergias o asma, por favor llene el formulario de Plan de Acción para Asma o Plan de Sustitución de Alimentos en este Paquete.**

Nombre del Padre (Letra Imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

**POR FAVOR DEVUELVA LA FORMA A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.
 SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA CONDICIÓN DE SALUD, LOS PADRES DEBEN
 DE SER CITA CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.**

SOLO PARA ENFERMERA
 Reviewed by:
 Date and Initial _____