CHICAGO HEIGHTS SCHOOL DISTRICT 170

HEALTH ALERT FORM

Student's Name: ______________________________ Grade: ________

☐ My child has *NO* medical condition that impacts the school day.

Does your child wear glasses? ☐Yes ☐No
Does your child have hearing aids? ☐Yes ☐No

Parent/Guardian Signature: ______________________ Date: ________

... ***OR***...

☐ ***YES***, my child has a current medical condition. See below:

1. Does your child have diabetes? ☐Yes ☐No
   *If yes, a *Diabetic Care Plan* must be completed by the doctor and parent. Your child cannot start school until this Plan, medication, and supplies are provided.

2. Does your child have any ***LIFE THREATENING*** allergies requiring an Epi-Pen? ☐Yes ☐No
   *If yes, a doctor-completed Medical Condition Action Plan and Medication Authorization is required. Your child cannot start school until these documents and Epi-pen are provided.

3. Does your child have Asthma? ☐Yes ☐No
   *If yes, a doctor-completed Medical Condition Action Plan and Medication Authorization is required.

4. Does your child have any other medical condition such as allergies, eczema, food sensitivities, ADD, ADHD, history of seizures, etc.? ☐Yes ☐No
   *If yes, list: ______________________________

5. Is your child taking any daily medication at home? ☐Yes ☐No
   *If yes, list: ______________________________

6. Does your child need medication at school? ☐Yes ☐No
   *If yes, a doctor-completed Medical Condition Action Plan and Medication Authorization is required.

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

I understand the information given above will be shared with appropriate school staff to provide for the health and safety of my child, and in the event of a medical emergency, or if an Epi-pen is administered, 911 will be called.

Parent/Guardian Signature: ______________________ Date: ________

DISTRITO ESCOLAR 170 DE CHICAGO HEIGHTS

FORMULARIO DE SALUD

Nombre del Estudiante: ______________________________ Grado:________

☐ Mi hijo/a **NO** tiene ninguna condición médica que impacta el día escolar.

¿Su hijo/a usa lentes/anteojos? Sí ☐ No ☐
¿Su hijo/a tiene Audiculures? Sí ☐ No ☐

Firma de Padre/Tutor: ______________________________ Fecha: ____________

...**O**...

☐ **SÍ**, mi hijo/a tiene una condición medíca actual. Vea abajo:

1. ¿Tiene su hijo/a diabetis? Sí ☐ No ☐
*Si es que Sí, un Plan de Cuidado Diabético debe ser cumplido por el doctor y padre.

2. ¿Tiene su hijo/a alergias de **PELIGRO DE VIDA** que requiere un Epi-pen? Sí ☐ No ☐
*Si es que Si, Es requirido que el doctor cumple un Plan de Acción de Condición Médica y Autorización de Medicamentos. Su hijo/a no puede empezar la escuela hasta que estos documentos y el Epi-pen sean proporcionados.

3. ¿Su hijo/a tiene Asma? Sí ☐ No ☐
*Si es que Sí, es requirido que el doctor cumple un Plan de Acción de Condición Médica y Autorización de Medicamentos.

4. ¿Tiene su hijo/a otra condición médica como alergias, eczema, sensiblilidad a los alimentos,
ADD, ADHD, antecedentes de convulsiones, etc.? Sí ☐ No ☐
Si es que Sí, haga una lista: ______________________________

5. ¿Está su hijo/a tomando algún medicamento al diario? Sí ☐ No ☐
Si es que Sí, haga una lista: ______________________________

6. ¿Necesita su hijo/a tomar medicamento en la escuela? Sí ☐ No ☐
*Si es que Sí, es requirido que el doctor cumpla un Plan de Acción de Condición Médica y Autorización de Medicamentos.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA

Yo comprendo que la información dado arriba será compartido con el personal apropiado de la escuela para proveer la salud y seguridad de mi hijo/a, y en caso de una emergencia médica, o si se administra un Epi-pen, se llamará al 911.

Firma de Padre/Tutor: ______________________________ Fecha: ____________