

Student Medical Information

Student Last Name

First Name

Date of Birth

Name of Physician or Clinic

Phone # of Physician or Clinic

Please provide the most recent up to date information about your child's allergies, asthma, and any other medical conditions and medications required to be given during school hours. If your child has no allergies or medical issues, please write "NONE" on all appropriate lines.

ALLERGIES: Please list all allergies, symptoms, severity and medication if it is required.

<u>Food and/or Environment</u>	<u>Reactions/Symptoms</u>	<u>Mild/Severe</u>	<u>*Medication Required</u>
--------------------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------------

ASTHMA: YES NO If yes, is medication necessary? *YES NO

Please list ALL medications the child is currently taking:

<u>Medication</u>	<u>Taken for</u>	<u>At what time/How often</u>
-------------------	------------------	-------------------------------

* **504 Form must be filled out by student's physician and returned.** The form, along with a photo of the child, will be kept on file in our school nurse's office in order for medication to be dispensed.

Does the child wear glasses? YES NO

Other Medical Information (Physical limitations, etc.):

Parent/Guardian Signature

Date

Información médica del estudiante

Apellido del estudiante
nacimiento

Nombre

Fecha de

Nombre del medico o clínica

Teléfono del medico o de la clínica

Por favor provéanos la información más actualizada a las alergias, asma y otros padecimientos que su hijo sufra como también los medicamentos que deberán ser administrados durante la jornada escolar. Si su hijo no padece de alergias o ningún problema medico, por favor escriba la palabra "NONE" (*NINGUNO*) en los renglones correspondientes.

ALERGIAS: Por favor, enumere todas las alergias, la gravedad, y medicación.

Comida /el ambiente

Sintomas

Leve/Severa

***Medicamentos**

ASMA: Sí NO Si la respuesta es Sí, necesita medicamentos? *Sí NO

Por favor, enumere **TODAS** las medicamentos que su hijo toma:

Medicamento

Toma para

A que hora/con qué frecuencia

<u>Medicamento</u>	<u>Toma para</u>	<u>A que hora/con qué frecuencia</u>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

* El formulario 504 debe ser completado por el medico del estudiante y devuelto a la enfermería de la escuela junto con una fotografia del estudiante para que el enfermero pueda administrar la medicina necesaria.

Lleva su hijo gafas? Sí NO

Otra información médica (limitaciones físicas, etc):

havenacademy



Mott Haven Academy
Charter School

Firma de uno de los padres o tutores

Fecha