

Medical Information Sheet

Sherman Independent School District ID# _____

Teacher: _____ Grade: _____ Sex ___ M ___ F Date of Birth: _____

Pupils Name: _____ Phone # _____

Address: _____

Doctor: _____ Name of Previous School _____

Location of Previous School: _____ Attended SISD Before: ___ Yes ___ No

If Yes, when? _____ Campus: _____ Grade: _____

Date of Enrollment: _____ Parents Name: _____

IMMUNIZATIONS: ATTACH XEROX COPY OF SCHOOL IMMUNIZATION RECORD

If you are coming from another Texas school immunizations will be requested from previous school but if they are not received or are incomplete, it is the parents' responsibility to provide them. We are required by law to have them within 30 days after enrollment. Texas State Immunization requirements may differ from other states. Our SISD Health Services will evaluate the immunization records received and let you know if any additional shots are needed.

MEDICAL HISTORY: Is your child subject to:	YES	NO		YES	NO
Asthma (MUST be diagnosed)			Epilepsy/Convulsions/Seizures		
Allergy: FOOD			Ear Problems		
Allergy: OTHER			Eye Problems		
Bee Sting Allergy (Severe ONLY)			Heart Disease: What? Affects how?		
Chicken Pox? If yes, when?			Hepatitis?		
Daily Medication Taken?			Tonsils/Adenoids: REMOVAL DATE:		
Diabetes?			OTHER: (Please be Specific)		

IF **YES** TO ANY ANSWERS ABOVE, PLEASE ELABORATE:

Asthma: Does student require medication at school? Yes ___ No ___ Medication Name _____

Name of Doctor: _____ Doctor Phone #: _____ Medication kept at school? ___ Yes ___ No

What is your child allergic to? _____ How does this allergy show? _____

Is emergency medication required for this allergy ___ Yes ___ No -- If yes, what _____

Describe diabetes, asthma or seizure treatment plan (Use extra pages if needed) _____

What medication does your child take on a regular basis? _____

Has your child been hospitalized for a serious illness or accident? ___ Yes ___ No -If yes, when, where and why?

Note: I understand that I must keep this record up to date. I will inform the school nurse of any changes in the above information. A blank space of lack of signature will not relieve me of the above responsibility.

Parent Signature: _____ Date: _____

La Actualizacion Medica de Informacion

Distrito Escolar de Sherman #ID _____

Maestra: _____ Grado: _____ Sexo: ___M ___F Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Estudiante: _____ # Telefonico _____

Direccion: _____

Doctor: _____ Nombre de Ultima Escuela Inscrito _____

Localidad de la Ultima Escuela: _____ Asistio escuela en Sherman? ___Si ___No

Cuando? _____ Cual Escuela?: _____ Grado: _____

Fecha de Inscribir _____ Nombre de Padres: _____

VACUNAS: ADJUNTA UNA COPIA DE CERTIFICADO DE VACUNAS A ESTA HOJA Pedimos el certificado de vacunas de la escuela anterior. Si no lo recibimos o si son incompletas, es la responsabilidad de los padres proveerlos. La ley requiere que lo tenemos dentro de 30 dias de inscripción. Las reglas de vacunas del Estado de Texas podrán ser diferentes de otros estados. Nuestros servicios de salud de escuela estudiaran el certificado y le informaran si necesita mas vacunas.

HISTORIA MEDICA:	SI	NO		SI	NO
Tiene su nin(a) cualquier de las condiciones siguientes?					
Asma (indicado por el doctor)			Epilepsia/Convulsiones?		
Alergia: Comida			Problema con Oidos?		
Alergia: Otro			Problema con Ojos?		
Alergia (INTENSO) de pico de abeja			Enfermedad de Corazon – que? Coma afecta?		
Viruelas locas – Cuando?			Hepatitis?		
Toma Medicacion cada dia?			Amigdalitis/Operacion – fecha?		
Diabetes?			Otra condicion? (explique)		

Si respondió "si" a las preguntas de arriba, favor de explicar:

Asma: Requiere Medicamento en la escuela? ___Si ___No Nombre de Medicina _____

Nombre de Doctor: _____ # Telefonico de Doctor _____ Medicina en la Escuela? ___Si ___No

Que alergia tiene su estudiante? _____ Como se aparece la alergia? _____

Hay medicamento de emergencia para esta alergia? ___Si ___No --- Cual? _____

Explique el tratamiento para el diabetes, asma o convulsiones: _____

Que medicamento tomas su nino (a) regularmente? _____

Fue hospilitado su nino (a) para enfermedad grave o accidente? ___Si ___No – Cuando, donde, y porque? _____

NOTICIA: Yo entiendo que tengo que tener esta historia clínica corriente. Si cambia esta información, tiene que avisar a la enfermera. Es muy importante que firme su nombre. Usted es responsable de avisarle a la escuela de información medica.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____