

# CORAL COMMUNITY CHARTER SCHOOL HEALTH INFORMATION

## 2019-2020

Date: \_\_\_\_\_ STARS Coordinator Signature: \_\_\_\_\_

*INFORMACIÓN DE SALUD - AÑO ESCOLAR 2019-2020*

<b>Student Name:</b> <i>Nombre de Estudiante:</i>		<b>Grade:</b> <i>Grado:</i>
<b>State Student ID #:</b> <i>Numero del estado del estudiante:</i>	<b>DOB:</b> <i>Fecha de Nacimiento:</i>	
<b>Address:</b> <i>Direccion:</i>	<b>Home/Cell Phone:</b> <i>Numero de Casa o Celular:</i>	
<b>Father's Name:</b> <i>Nombre del Padre:</i>	<b>Work Phone: Numero del Trabajo:</b> <b>Cell Phone: Numero de Celular:</b>	
<b>Mother's Name:</b> <i>Nombre de la Madre:</i>	<b>Work Phone: Numero del Trabajo:</b> <b>Cell Phone: Numero de Celular:</b>	
<b>Student Lives with:</b> <i>El estudiante vive con:</i>	<b>Work Phone: Numero del Trabajo:</b> <b>Cell Phone: Numero de Celular:</b>	
<p><b>Alternate Emergency Contacts - If parent/guardian cannot be reached, the school is authorized to proceed as indicated below.</b>  <i>Contactos de emergencia alternativos- si no se puede comunicarse con los padres/tutor, la escuela está autorizada para proceder como se indica a continuación.</i></p>		
<b>Name of contact</b> <i>Nombre de contacto:</i>	<b>Relationship</b> <i>Relaciones</i>	<b>Phone Number</b> <i>Telefono:</i>
<b>Name of contact</b> <i>Nombre de contacto:</i>	<b>Relationship</b> <i>Relaciones:</i>	<b>Phone Number</b> <i>Telefono:</i>
<p><b>Health Insurance Company:</b> <i>Nombre de Seguro Medica:</i> _____ <b>Medicaid # (if applicable)</b> _____  <b>Policy Number:</b> <i>Nombre de poliza:</i> _____ <i>Numero de Medicaid (si procede)</i></p>		
<p><b>In the event of an emergency involving my child and I cannot be reached, I hereby give consent to transport my child to the following medical care providers/hospital, and authorize these providers/hospital to give any reasonable and customary medical and health care deemed necessary:</b>  <i>En caso de una de emergencia y no se puede comunicar conmigo, por la presente doy consentimiento para que mi hijo sea transportado a los siguientes proveedores de atención médica/hospital de transporte y autorizo a estos proveedores/hospital de dar cualquier cuidado médico razonable que se considera necesario:</i></p>		
<p><b>Immunization Act:</b>                  It is unlawful for any student to enroll in school unless he has been immunized, as required under the rules and regulations of the health services division of the health and department of health, and can provide satisfactory evidence of such immunization. Provided that, if he produces satisfactory evidence of having begun the process of immunization, he may enroll and attend school as long as the immunization process is being accomplished in the prescribed manner. It is unlawful for any parent to refuse or neglect to have his child immunized, as required by this section, unless the child is properly exempted.  <i>Es ilegal para cualquier estudiante para inscribirse en la escuela a menos que haya sido vacunado, según lo dispuesto en las normas y reglamentos de la división de servicios de salud del Departamento de Salud y de la salud, y puede proporcionar evidencia satisfactoria de dicha inmunización. A condición de que, si se produce evidencia satisfactoria de haber iniciado el proceso de inmunización, que puede inscribirse y asistir a la escuela, siempre y cuando el proceso de inmunización se lleva a cabo en la forma prescrita. Es ilegal para cualquier padre de rechazo o abandono de vacunar a su hijo, como se requiere por esta sección, a menos que el niño está exento correctamente.</i></p>		
<b>Physician:</b> <i>Doctor:</i>	<b>Phone:</b> <i>Telefono:</i>	
<b>Dentist:</b> <i>Dentista:</i>	<b>Phone:</b> <i>Telefono:</i>	
<b>Nurse Practitioner/Physician Asst.:</b> <i>Enfermera practicante/médico asistente:</i>	<b>Phone:</b> <i>Telefono:</i>	
<b>Hospital:</b> <i>Hospital:</i>	<b>Phone:</b> <i>Telefono:</i>	

If, for any reason, the above listed medical care providers/hospital cannot be reached, I authorize transport and medical care of my child to any appropriate medical care provider, hospital or medical facility. This authorization does not cover major surgery unless the doctor/dentist concurs to the need. Nothing in this section shall be construed to impose liability on any school official or school employee, who in good faith, attempts to comply with this section. It is understood that I will be financially responsible for all emergency care.

Si, por cualquier razón, los proveedores de atención médica/hospital arriba listados no son disponibles, autorizo el transporte y atención médica de mi hijo a cualquier proveedor de atención médica apropiada, hospital o centro médico. Esta autorización no incluye cirugía mayor a menos que el médico/dentista esté de acuerdo a la necesidad. Nada en esta sección se debe interpretar como imposición de responsabilidad en cualquier oficial o empleado escolar, que de buena fe, intenta cumplir con esta sección. Se entiende que voy a ser financieramente responsable de toda la atención de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian /Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

**Facts concerning the child's medical history to which a physician should be alerted:**

*Hechos relativos a la historia clínica del niño por los cuales un médico debe ser avisado:*

Circle any condition which the student has had or is currently under treatment for and provide month/year diagnosed or treated:

*Encierre toda condición que el estudiante ha tenido o por la cual está actualmente bajo tratamiento e indica mes/año del diagnóstico o tratamiento:*

<b>Asthma/ Asma</b>		<b>Meningitis/ Meningitis</b>	
<b>Diabetes/ Diabetes</b>		<b>Migraines/ Migrañas</b>	
<b>Ear/Hearing Problems</b> <i>Problemas de oído y audición</i>		<b>Muscle weakness or Paralysis/ Debilidad muscular o parálisis</b>	
<b>Emotional Problems</b> <i>Problemas emocionales</i>		<b>Bleeding disorder/ Trastorno de sangrado</b>	
<b>Seizures/ Ataques Epilépticos</b>		<b>High Blood pressure/ Presión arterial alta</b>	
<b>Heart Problems/ Problemas de corazón</b>		<b>Infectious diseases/ Enfermedades infecciosas</b>	
<b>Hepatitis/ Hepatitis</b>		<b>Tetanus shot/ Antitetánica</b>	

**Other: Otros:**

Use this space below to provide pertinent information regarding any items you selected above.

*Utilice el espacio a continuación para facilitar información pertinente a los elementos que ha señalado anteriormente.*

**Allergies/ Alergias:**

**Reactions to Medicine or Injections? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If yes, please provide a brief explanation**

*¿Reacciones a medicamentos o inyecciones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si sí, proporcione una breve explicación.*

**Hospitalized for serious illness, surgery or accidents? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If yes, please provide a brief explanation.**

*¿Hospitalizado por una enfermedad grave, cirugía o accidentes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si sí, proporcione una breve explicación.*

**Do you wear contact lenses? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

*¿Usas lentes de contacto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

**Do you wear glasses? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

*¿Usas anteojos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

**Long Term Medications:**

*Medicamentos tomados a largo plazo:*

**Have you ever been informed of the need to be on antibiotic therapy prior to dental treatment? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**(if yes, identify required therapy):**

*¿Nunca se le ha informado de la necesidad de tomar antibióticos antes al tratamiento dental? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

*(indique la terapia requerida)*

**Organic Pesticide Application is done are only applied in or on the outside of school buildings when a pest is present, and will not be applied on a regular or calendar basis. Would you like to be notified prior to pesticide application? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Please add any concerns/problems not listed:**