

CLINIC INFORMATION 2010 - 2011

List any MEDICATIONS taken routinely and reason taken LIST ANY MEDICAL CONDITIONS / ALLERGIES OR SPECIAL INSTRUCTIONS:	(Escriba el nombre de todos los medicamentos que esté tomando su niño(a) y cualquier instrucción especial para la escuela) Favor de listar condiciones medicas, alergias o instrucciones especiales.
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	

CURRENT MEDICAL CONDITIONS that the school staff should be aware of (such as asthma, seizure disorder, diabetes, bleeding disorder, heart or stomach problems, etc)
 (Problemas médicos)

Please check if the student has had any of the following:
 (Por favor marque las enfermedades o afecciones que haya tenido el estudiante)

<input type="checkbox"/> Asthma (<i>Asma</i>)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (<i>Enfermedad del corazón</i>)
<input type="checkbox"/> Chicken Pox (<i>Varicela</i>)	<input type="checkbox"/> Seizures (<i>Convulsiones</i>)
<input type="checkbox"/> Diabetes (<i>Diabetes</i>)	<input type="checkbox"/> Other (<i>otro</i>)
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Does your student need a HEALTH PLAN sent home for you to complete in order for the above condition(s) to be managed at school? (Su niño/a necesita un cuestionario de salud para mandarlo a casa para la condicion arriba)

No Yes _____ INITIALS

PHYSICIAN INFORMATION

Doctor's Name:		Doctor's Telephone:	
Hospital Preference:			

List other students in your household attending GCPS schools

Name	Relationship	School Attending

Parent Signature / <i>Firma del padre/madre o encargado</i> I understand that in the event the Parent / Guardian cannot be reached, the school has my permission to take appropriate emergency medical action including calling 911. Yo entiendo y le doy permiso a la escuela para que tomen todas las medidas necesarias en caso de una emergencia incluyendo llamar al 911 si no se pueden comunicar con Padre/Guardianes.	Date <i>Fecha</i>
---	----------------------