



WAHLUKE SCHOOL DISTRICT NURSE ALERT FORM

Nurse initial _____
504____ ECP _____

**This form must be completed for each new school year.*

Name: _____ Birth Date: _____ Sex: M/ F
Last First MI (circle)

Doctor: _____ Clinic: _____

Yes, my child has a life-threatening health condition - Please complete Section 1 and 2

No, my child does not have a life-threatening health condition - Please skip to Section 2

Section 1 – LIFE-THREATENING HEALTH CONDITIONS

- Asthma and requires rescue inhaler at school:** (*Only Grade 6-12 has permission to self-carry*) Yes No
What triggers the asthma: Exercise Illness Allergies Other: _____
- Anaphylaxis (Life-Threatening Allergy) and requiring emergency medication:** Yes No
(*Only grades 6-12 has permission to self-carry*) EpiPen: Yes No
What causes the allergic reaction? Bee sting Food*: _____ Other: _____
- Diabetes:** Age of diagnosis: _____ Type I Type II Uses Insulin Oral Medication
- Seizure Disorder:** Type _____ Date of last seizure: _____ Uses seizure medication
- V/P Shunt (in brain) Cardiac Arrhythmia or other cardiac problems which require activity restrictions?**
- Hemophilia/Other blood disorder** _____
- Other Life Threatening Health Condition:** _____

*** Dietary Form Required**

Section 2 - NON-LIFE-THREATENING HEALTH CONDITIONS

- Vision concerns?** Glasses Contacts **Other:** _____
- Hearing concerns?** Wears hearing aids
- History Concussion(s):** Age(s) _____ Was a doctor seen? _____ Lasting Effects: _____
- Orthopedic Problems** ADD/ADHD Digestion/Urinary/Kidney Problem Neoplasm/Cancer Developmental Disability
- Anxiety/Depression** Counseling or Mental Health Services PE Considerations Hospitalized
- Birth Information # _____ of Weeks at Birth**
- Other:** _____

MEDICATION

Does your child take any medication? No Yes, name of medication: _____

Will medication be needed at school? No *Yes, name of medication: _____

***If your child needs medication at school, a "Medication Authorization" form is required every year before any medication may be given. This form is available from the school office or on the district website at www.wahluke.net**

AUTHORIZATION FOR SHARING HEALTH INFORMATION/ACCESSING MEDICAL CARE

As parent/guardian, I agree to notify the school about any significant change in my child's health status. I also understand that this information will be accessible to the following people: School nurses, teachers, specialists, office staff and emergency medical personnel.

If I cannot be reached at the time of an emergency, and if immediate observation or treatment is urgent in the judgment of the school authorities, I authorize and direct the school authorities to send my child (properly accompanied) for treatment to the hospital or doctor most easily accessible.

Date

Parent or legal guardian signature



FORMULARIO DE ALERTA DE ENFERMERA Y SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE WAHLUKE

Inicial de la
Enfermera _____

504 _____ ECP _____

**Este formulario debe completarse para cada nuevo año escolar.*

Nombre: _____ Cumpleaños: _____ Sexo: H/M
Apellido Nombre de Pila Inicial del segundo nombre (circula)

Doctor: _____ Clínica: _____

___ **Sí, mi hijo/hija tiene una condición de salud que amenaza su vida. Complete las secciones 1 y 2.**

___ **No, mi hijo/hija no tiene una condición de salud que ponga en peligro su vida. Pase a la Sección 2.**

Sección 1 - CONDICIONES DE SALUD QUE AMENAZAN LA VIDA

- Asma y requiere inhalador de rescate en la escuela:** (Solo Grados 6-12 tienen permiso de guardar su medicamento) Sí No
 Que desencadena el asma: Ejercicio Enfermedad Alergias Otro: _____
- Anafilaxia (alergia potencialmente mortal) y que requiere medicación de emergencia:**
 (Solo los grados 6-12 tienen permiso de guardar su medicamento) EpiPen: Sí No
 Que causa la reacción alérgica? Picadura de abeja Comida*: _____ Otro: _____
- Diabetes:** Edad del diagnóstico: _____ Tipo I Tipo II Usa insulina Medicamentos Orales
- Trastorno Convulsivo:** Tipo _____ Fecha de la Última convulsión: _____ Usa medicamentos para las convulsiones
- Derivación V/P (en el cerebro) Arritmia cardíaca u otros problemas cardíacos que requieren restricciones de actividad?**
- Hemofilia/Otro trastorno de la sangre** _____
- Otra condición de salud que amenaza la vida:** _____

** Formulario Dietético Requerido*

Sección 2 - CONDICIONES QUE NO AMENAZAN LA VIDA

- ¿Preocupaciones de la **vista**? Anteojos/Lentes Contactos Otro: _____
- ¿Preocupaciones por la **audición**? ¿Usa audífonos?
- Historia Convulsión(es):** Edad(es) _____ Fue isto un doctor? _____ Efectos duraderos: _____
- Problemas Ortopédicos** TDA/DAH Problema Digestivo/Urinario/Renal Neoplasia/Cáncer Discapacidad del Desarrollo
- Ansiedad/Depresión** Servicios de Consejería o Salud Mental Consideraciones para la Clase de Gimnasio Hospitalized
- Información de Nacimiento #** _____ **de Semanas al Nacer**
- Otro:** _____

MEDICAMENTO

¿Tu hijo/hija toma algún medicamento? No Si, nombre del medicamento: _____

¿Se necesitarán medicamentos en la escuela? No *Si, nombre del medicamento: _____

****Si su hijo/hija necesita medicamentos en la escuela, se requiere un formulario de "Autorización de medicamentos" todos los años antes de que se pueda administrar cualquier medicamento. Este formulario está disponible en la oficina de la escuela o en el sitio web del distrito en www.wahluke.net***

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA/ACEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

Como padre/tutor, acepto notificar a la escuela sobre cualquier cambio significativo en el estado de salud de mi hijo/hija. También entiendo que esta información estará disponible para las siguientes personas: enfermeras escolares, maestros, especialistas, personal de oficina y personal médico de emergencia.

Si no pueden localizarme en el momento de una emergencia, y si la observación o el tratamiento inmediatos son urgentes a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen a mi hijo (adecuadamente acompañado) para recibir tratamiento a la hospital o médico de más fácil acceso.

Fecha _____

Firma del padre o tutor legal

05/23/23