

Legal Last Name of Student	Legal First Name	Male Female (Please circle)	Grade	Date of Birth
----------------------------	------------------	--------------------------------	-------	---------------

Please complete sections 1, 2, and 3, date and sign this form, and return to the school office. Please keep the school informed of changes in your child's health or medication during the school year.

Section 1 Health Conditions

Please place an **X** on all health conditions which apply to your student.

☐ **My child has no known health problems**

Please indicate below ALL CURRENT ACTIVE health conditions which
MAY IMPACT YOUR STUDENT AT SCHOOL:

Allergies: ☐ Bee / Insect sting: Please describe reaction: (AB) ☐ Foods: Please list foods and type of allergic reaction: (AF) ☐ Other significant allergies likely to affect student at school: Please list allergy and type of reaction: (AO) ☐ Epi Pen needed for allergy above (AEP)	☐ Asthma (R) ☐ Heart Condition (HC) Activity Restrictions ☐ Yes ☐ No (HCB) ☐ Seizures: (S) ☐ Known hearing loss (H) ☐ Wears glasses (Vg) ☐ Distance ☐ Reading ☐ Diabetes (D) ☐ Physical or birth defect (PBD) ☐ ADD/ADHD (ADH) Medication ☐ Yes ☐ No ☐ Other (Mental Health, Cancer, Autism, etc) (O)
---	--

Section 2 Life-Threatening Information

Are any of the above checked conditions life-threatening?

☐ Yes ☐ No

As parent/guardian, I agree to contact the school nurse to create an individualized health care plan for my child with a life threatening condition. State law requires all students with life threatening conditions to have both medical authorization and necessary medication at school before that student will be allowed to attend school. Medications that may be required under this law include, but are not limited to: meter-dose inhalers, Epi-pens, Insulin, and medication for seizures (per RCW 28A.210 Sec.1).

Section 3 Medication Information

For school staff to administer or store any prescription or over-the-counter medication, an **Authorization for Medication Administration #SN-02 form (AMA)** must be signed by a parent/guardian and the physician, and must be on file in the school office. A new AMA form is required at the beginning of each school year, or whenever there has been a change in medication or dose. For students who carry and self-administer emergency rescue medications we strongly encourage parents to provide a backup rescue medication to store at the school office. A completed AMA form is required to store medications at school. The **Authorization for Medication Administration #SN-02** form is available at your child's school, and the district's Student Health Services webpage

Parents and guardians may wish to share information about medications their child may take while at home, which may influence how their child learns at school. If you would like to share this information, please list any medications your child takes while at home:

Consent: I authorize and give my consent to the authorities of Wenatchee School District to obtain emergency medical treatment. I also authorize medical authorities to perform upon or administer necessary emergency medical or surgical treatment to the above named student. District authorities are not excused from attempting to contact me before relying upon this authorization. I also authorize that the information listed above may be shared with school personnel on a need-to-know basis to facilitate the school district in providing a safe environment for my child. If there are any health changes to the above listed information, it will be the parent/guardian's responsibility to inform the school on the yearly update student information form.

Signature of Parent/Guardian _____ Relationship to Student _____ Date _____

Apellido Legal del Estudiante	Nombre Legal	Masculino	Grado	Fecha de Nacimiento
		Femenino (Por favor circule uno)		

Por favor complete las secciones 1, 2, y 3, firme la forma y ponga la fecha, y regrésela a la oficina de la escuela. Por favor mantenga a la escuela informada de cualquier cambio en la salud o tratamiento de su niño(a) durante el año escolar.

Sección 1 Condiciones de Salud

Por favor marque con una **X** todos los problemas de salud que aplican a su estudiante.

☐ **Mi hijo(a) no tiene problemas conocidos de salud**

Por favor indicar abajo todas las condiciones actuales activos de salud que pueden afectar a su estudiante en la escuela:

Alergias: ☐ Piquete de abeja/ Insecto: Por favor describa la reacción: (AB) ☐ Comidas: Por favor enliste las comidas y el tipo de reacción alérgica: (AF) ☐ Otras alergias significativas que puedan afectar a los estudiantes en la escuela: Por favor enliste las alergias y el tipo de reacción: (AO) ☐ Epi Pen es necesario para la reacción antes mencionada (AEP)	☐ Asma (R) ☐ Condiciones Cardíacas: (HC) Actividad Restringida (HCR) ☐ Si ☐ No ☐ Ataques o Crisis: (S) ☐ Pérdida de la audición conocida (H) ☐ Tiene lentes (Vg) ☐ Distancia ☐ Lectura ☐ Diabetes (D) ☐ Defectos Físicos o de Nacimiento (PBD) ☐ TDAA (ADH) Medicamento ☐ Si ☐ No ☐ Otros : (Salud Mental, Cancer, Autismo, etc.) (O)
--	---

Sección 2 Información que Amenaza la

Alguno de los problemas antes marcados amenaza la vida?

☐ Si ☐ No

Como padre/guardián, Estoy de acuerdo en contactar a la enfermera de la escuela para crear un plan de salud individualizado para mi hijo(a) que tiene un problema de salud que amenaza su vida. La ley estatal requiere que todos los estudiantes que tengan un problema de salud que amenaza su vida tengan ambos una autorización médica y el medicamento necesario en la escuela antes que se le permita al estudiante asistir a la escuela. Los medicamentos que pueden ser requeridos bajo esta ley incluyen, pero no se limitan a: inhaladores de dosis medida, Epi-pens, Insulina, y medicamentos para los ataques o crisis (por RCW 28A.210 Sec.1).

Sección 3 Información del Tratamiento

Para que el personal administre u almacene cualquier medicamento recetado o adquirido sin receta, el padre/guardián debe firmar una forma de **Autorización para la Administración de Medicamentos (AMA)** #SN-02 y la información del doctor debe estar en el archivo en la oficina de la escuela. Se requiere

una nueva forma AMA al inicio de cada año escolar, o cuando ha habido cambios en la dosis del medicamento. A los estudiantes que llevan consigo medicamentos y ellos mismos se administran los medicamentos de emergencia les recomendamos a los padres que provean los medicamentos para ser almacenados en la oficina de la escuela y ser usados en caso de emergencia. Se requiere completar una forma AMA para almacenar los medicamentos en la escuela. La forma de Autorización para la Administración de Medicamentos #SN-02 está disponible en la escuela de su hijo(a), y en la página del internet del distrito bajo los Servicios de Salud del Estudiante.

Los padres y guardianes que deseen informar de medicamentos que su hijo(a) toma en casa, y que pueden interferir en el aprendizaje de su hijo(a) en la escuela. Si les gustaría dar esta información, por favor enliste cualquier medicamento que su hijo(a) toma en su casa:

Consentimiento: Yo autorizo y doy mi consentimiento a las autoridades del Distrito Escolar de Wenatchee para obtener tratamiento de emergencia. Yo también autorizo a las autoridades médicas que actúen o administren el tratamiento de emergencia o el tratamiento quirúrgico necesario al estudiante arriba mencionado. Las autoridades del Distrito no tienen excusa y deben intentar contactarme antes que dependan de esta autorización. Yo también autorizo para que la información antes mencionada se comparta si es necesario con el personal de la escuela para facilitar al distrito escolar proveer un ambiente seguro para mi niño(a). Si hay algún cambio en la información de salud antes mencionada, es la responsabilidad del padre/guardián de informar a la escuela en la forma de información anual actualizada del estudiante.

Firma del Padre/Guardián _____ Relación con el Estudiante _____ Fecha _____