

The Preuss School UC San Diego Health Information Exchange Consent

Child's full name: _____ Birthdate (MM/DD/YYYY): _____

School: The Preuss School Grade: _____

Home Number: _____ Work Number: _____ Cell Number: _____

Physician's Name/ Clinic: _____ Telephone #: _____

_____ NO Physician NO Health Plan

Health Insurance Plan: _____

(If Medi-Cal, Healthy Families, or another plan, please write the name of the health Plan)

My children **do not have health insurance** and I would like more information. Please release my name, address, and telephone number to an authorized insurance enrollment worker

Health History: Indicate known health problems (give dates and explain)

<u>Asthma:</u>
<u>Allergies:</u>
<u>Behavior/Emotional Problems (i.e. ADHD): Diabetes:</u>
<u>Heart Problem: Kidney Diseases: Seizure Disorder:</u>
<u>Skin Condition:</u>
<u>Ear Problem/Hearing Defect:</u>
<u>Eye Problem/Glasses:</u>
<u>Operations, Fractures, Head Injury:</u>
<u>Other Health Information:</u>

State law requires that the parent inform the school if a child is receiving prescribed medication for a continuing health problem. (California Education Code § 49480)

Medication: _____ **Dosage:** _____

**Parent/Guardian Signature or
Authorized Representative of Minor**

Parent/Guardian Name (Print)

Date

There are occasions when an over-the-counter (OTC) medication may be given.

Please check if you would like the school nurse or other trained staff, after assessment, to provide the following over-the-counter medications, if indicated as appropriate: Ibuprofen, acetaminophen, antacids or calamine lotion:

YES NO

This authorization expires at the end of each academic year and must be renewed annually.

Parent/Guardian Signature or
Authorized Representative of Minor

Parent/Guardian Name (Print)

Date

The Preuss School UC San Diego
Consentimiento para Intercambiar Información de Salud

Nombre/apellido de alumno: _____ Fecha de nacimiento(MM/DD/YYYY): _____

Escuela: The Preuss School Grado: _____

de Hogar: _____ # de Trabajo: _____ # de Celular: _____

Nombre de Médico/Clínica: _____ # de Teléfono: _____

_____ SIN Médico SIN Seguro

Plan de Seguro Médico: _____

(Si es Medi-Cal, Healthy Families, o otro plan, escribe el nombre de su plan)

Mis hijos **no tienen seguro médico** y necesito más información. Puede darle mi nombre, domicilio y número de teléfono a un empleado autorizado de inscripciones a seguros médicos.

Historial Médico: Indique los problemas de salud que su hijo/a haya tenido (Incluya fechas y explicación)

Asma: _____

Alergias: _____

Problemas de comportamiento/emocionales (como ADHD): _____

Diabetes: _____

Problemas cardiacos: _____

Enfermedad del riñón: _____

Enfermedad convulsivo: _____

Enfermedad de la piel: _____

Problemas auditivos, defectos de audición: _____

Problemas oculares, lentes: _____

Operaciones, fracturas, lesión de cabeza: _____

Otra información de salud: _____

La Ley del estado requiere que los padres informen a la escuela si su hijo/a recibe un medicamento prescrito por el médico por un problema continuo de salud. (Código de Educación de California § 49480)

Medicamento: _____ **Dosis:** _____

Firma del padre/madre/ tutor o representante autorizado del menor

Nombre del padre/madre/tutor

Fecha

Hay ocasiones en que se puede administrar un medicamento que no requiere receta médica (OTC).

Por favor indique si desea que, después de una evaluación, la enfermera u otro personal autorizado de a su hijo los siguientes medicamentos que no requieren receta médica, si fuera apropiado: Ibuprofeno, acetaminofén, antiácidos o loción de calamina, según fuera indicado.

Sí NO

Esta autorización vence al final de cada año académico y debe renovarse anualmente.

Firma del padre/madre/tutor o Representante autorizado del menor

Nombre del padre/madre/tutor

Fecha