

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**  
**STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

**Parent/Guardian:** Please complete **both sides**, sign and return form to the school. The information you provide will be kept confidential in accordance with state and federal law. This form is valid for the current school year.

**Padre/Tutor:** Favor de llenar **ambos lados**, firmar y devolver el formulario a la escuela. La información que usted provea, se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes Estatales y Federales. Este formulario es válido para el año escolar actual.

**SECTION 1 / Sección 1 -**

Student Name \_\_\_\_\_  
 Nombre del estudiante Last/APELLIDO First/Primer nombre M./Inicial ID#/ No. de ID

Male  Female Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Masculino Femenino Fecha de nacimiento: Mo/ Mes Day/ Día Year/ Año School/Escuela Grade/Grado

List below the parent/guardian with whom the student lives: *Anote a continuación el padre/tutor con quien vive el estudiante:*

Parent/Guardian Full Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del padre/ tutor Parentesco

Phone: Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Cell/Other \_\_\_\_\_  
 Teléfono: casa trabajo Ext. celular/otro

Parent/Guardian Full Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del padre/ tutor Parentesco

Phone: Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Cell/Other \_\_\_\_\_  
 Teléfono: casa trabajo Ext. celular/otro

List two emergency contacts, (if the parent/guardian cannot be reached), authorized to pick-up and assume responsibility for student:  
*Escriba el nombre de dos personas a contactar en caso de una emergencia (si el padre/tutor no se puede localizar), que estén autorizadas para buscar y asumir la responsabilidad del estudiante:*

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship/Parentesco \_\_\_\_\_ Work Phone/Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Home Phone/Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Cell Phone/Teléfono celular \_\_\_\_\_

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship/Parentesco \_\_\_\_\_ Work Phone/Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Home Phone/Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Cell Phone/Teléfono celular \_\_\_\_\_

Does student have health insurance?  Yes/Sí - \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene el estudiante seguro médico?  No Company / Provider Name Compañía / Nombre del proveedor Policy / Group # Póliza / # de Grupo

Is student currently in an ESE (Exceptional Student Education) program or does student have an IEP (Individual Education Plan)?  Yes/Sí  No  
 ¿Está el estudiante actualmente en un programa de ESE (Educación de Estudiantes Excepcionales) o tiene el estudiante un IEP (Plan de Educación Individual)?

Student's Primary Physician / Médico Primario del Estudiante \_\_\_\_\_ Office Phone # / Teléfono de oficina \_\_\_\_\_ Office Fax # / No. de Fax de oficina \_\_\_\_\_

Office Address / Dirección de la oficina \_\_\_\_\_

Student's Specialist Physician / Médico Especialista del Estudiante \_\_\_\_\_ Office Phone # / Teléfono de oficina \_\_\_\_\_ Office Fax # / No. de Fax de oficina \_\_\_\_\_

Office Address / Dirección de la oficina \_\_\_\_\_

Children attending Osceola County Schools participate in the School Health Services Program. This means your child will receive health appraisal at school, which includes vision, hearing, scoliosis screenings, height, weight measurement. To request an exemption for your child, submit written letter to the school.

*Los niños que asisten a las Escuelas del Condado Osceola participan en el Programa de Servicios de Salud de la Escuela. Esto significa que su hijo recibirá una evaluación médica en la escuela, que incluye exámenes de la vista, del oído, de escoliosis, medidas de estatura y peso. Para pedir una dispensa para su hijo, presente una carta escrita a la escuela.*

**Does student have a medical condition you would like the school to be aware of?**

¿Tiene el estudiante alguna condición médica sobre la que usted desearía que la escuela tuviese conocimiento?

**Yes/Sí – complete sections 2 & 3**  
 complete las secciones 2 y 3

**No – complete section 3**  
 complete la sección 3

**Continued on reverse - (Continúa al dorso)**

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**  
**STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

**SECTION 2 - Health Condition(s) / Sección 2 – Condición(es) de Salud**

Student Name \_\_\_\_\_  
 Nombre del estudiante Last/Apellido First/Primer nombre M./Inicial ID#/ No. de ID

List any of your child's health problems or conditions: / Enumere cualquiera de los problemas o condiciones de salud de su hijo:

	Date of last episode <i>Fecha del último episodio</i>	Observed symptoms <i>Síntomas que se observaron</i>
<input type="checkbox"/> Seizures /Convulsiones _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes /Diabetes _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asthma /Asma _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other health/Otra condición _____	_____	_____

Does the student take medications for health condition(s) listed?  Yes/Sí  No  
 ¿Toma el estudiante medicamentos para la(s) condición(es) de salud enumerada(s)?

List all medications including emergency medicines below. / Enumere abajo todos los medicamentos incluyendo medicamentos de emergencia.

Name of Medication <i>Nombre del medicamento</i>	Dosage <i>Dosis</i>	Time Taken <i>Hora a que se toma</i>	Taken at school?*	Reason for Medication <i>Razón por la cual toma el medicamento</i>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____

<input type="checkbox"/> Allergy /Alergia	Type of <i>Tipo de</i>	Date of last episode <i>Fecha del último episodio</i>	Observed symptoms <i>Síntomas que se observaron</i>
Food /Comida	_____	_____	_____
Insect /Insecto	_____	_____	_____
Medication /Medicamento	_____	_____	_____
Other /Otro	_____	_____	_____

\* A Medication Authorization Form must be obtained from the school health room and completed before medications can be dispensed at school. / Se debe obtener un **Formulario de Autorización de Medicamento** de la clínica de la escuela y completarlo antes de que se puedan dispensar las medicinas en la escuela.

If emergency treatment is required, emergency care will be coordinated through the local emergency system (911).  
 Si se requiere un tratamiento de emergencia, el tratamiento será coordinado por medio del sistema de emergencia local (911).

**SECTION 3 - Authorization:** I authorize designated Osceola County School District Personnel and Osceola County Health Department School Health Personnel to provide emergency care for my child and to exchange medical information as necessary to support the continuity of care of my child. If my child is covered under Medicaid insurance I consent for the Osceola County School District to bill Medicaid for applicable services. I authorize the School District of Osceola County to release and exchange my child's confidential student information to Florida State agencies, which would allow Osceola County Public Schools to receive Medicaid funding for services it provides my child while at school. I understand that my child will continue to receive applicable services whether or not I give consent. By my signature below, I acknowledge the above and the Physician(s) named above is authorized to provide the information requested to the appropriate representative by: (1) hand delivery to the representative, (2) regular delivery via US Postal Service, (3) faxing the information directly to the representative. I understand that these records will not be released to any other agency without prior approval of the Parent/Guardian.

**Sección 3 – Autorización:** Autorizo al Personal designado del Distrito Escolar del Condado Osceola y al Personal de Salud Escolar del Departamento de Salud del Condado Osceola a proporcionar cuidados médicos de emergencia a mi hijo y a intercambiar información médica a medida que sea necesario para apoyar la continuidad del cuidado de mi hijo. Si mi hijo tiene cobertura bajo el seguro de Medicaid, doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Condado Osceola le facture a Medicaid por servicios aplicables. Autorizo al Distrito Escolar del Condado Osceola a divulgar e intercambiar la información estudiantil confidencial de mi hijo con las agencias del Estado de Florida, lo cual permitiría que las Escuelas Públicas del Condado Osceola puedan recibir fondos de Medicaid por los servicios que le proporcione a mi hijo cuando esté en la escuela. Entiendo que mi hijo continuará recibiendo los servicios aplicables, con o sin mi consentimiento. Con mi firma abajo, reconozco lo anterior, y el(los) Médico(s) arriba mencionado(s) está(n) autorizado(s) para proporcionar la información que requiera el representante apropiado al: (1) entregar personalmente al representante, (2) enviar de forma regular por el Servicio Postal de E.E.U.U., (3) enviar por fax la información directamente al representante. Entiendo que estos archivos o información no serán divulgados a ninguna otra agencia sin la aprobación previa del Padre/Tutor.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Tutor Fecha

**FOR RN USE ONLY / Sólo para uso del enfermero:**

Care Plan:  Yes  No  Update Nurse Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_