



## Student Medical Information 2020 – 2021

This form must be updated and returned to school each school year.

Please let your school know about your child’s health and health care. This is a good way to keep your child safe. The information is **CONFIDENTIAL** and will be shared only with CPS staff who need to know (Nurse, Principal, Designee, or Clerk).

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Student ID Number \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**1. Please indicate your child’s health status below**

*My child has no known health conditions*

My Child has a known condition(s). Please check all that apply:

*Allergies (food or other) – please specify:* \_\_\_\_\_

*Asthma* Year Diagnosed \_\_\_\_\_

*Diabetes – please circle one:      Type 1                  Type 2* Year Diagnosed \_\_\_\_\_

*Seizures/Epilepsy* Year Diagnosed \_\_\_\_\_

*Sickle Cell Disease* Year Diagnosed \_\_\_\_\_

*Other:* \_\_\_\_\_ Year Diagnosed \_\_\_\_\_

|  |     |    |
|--|-----|----|
| <b>2. My child has a primary doctor.</b> | YES | NO |
|--|-----|----|

*If yes, please provide the healthcare provider’s name and phone number:*

Name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_

*I give permission for my child’s school nurse or designee to talk to the doctor about my child’s health.*

|  |     |    |
|--|-----|----|
| <b>3. My child is covered by health insurance.</b> | YES | NO |
|--|-----|----|

**If your child needs health insurance call Healthy CPS 773-553-KIDS (5437)**

This Form is **NOT** the same as a “**Plan of Care**” (detailed medical care instructions to keep your child safe). If your child has a health condition that may require action at school, please provide school with documentation from your physician and schedule an appointment with your school nurse. Complete a “Medical Plan of Care Form” at: [www.cps.edu/oshw](http://www.cps.edu/oshw) (or get it from the school nurse), and return it to school. **If your child has a health condition, please schedule an appointment with the school nurse.**

Parent Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**PLEASE RETURN THE FORM TO THE SCHOOL NURSE**  
**IF THE STUDENT HAS A HEALTH CONDITION PARENTS MUST**  
**SCHEDULE A MEETING WITH THE SCHOOL NURSE**

**Nurses Use Only**  
 Reviewed by:  
 Date and Initial



## Información Médica del Estudiante 2020 – 2021

ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ACTUALIZADA Y PRESENTADA **ANUALMENTE** AL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR

Comuníquese con su escuela sobre la salud y cuidado de salud de su hijo. Esto es una buena manera de mantener seguro a su hijo(a). La información es **confidencial** y será compartida sólo con personal de CPS que necesita saber (enfermera, Director o persona designada y Secretaria).

|                       |                     |                       |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| Nombre del Estudiante | Fecha de Nacimiento | No. ID del Estudiante |
| Escuela               |                     | Grado                 |

1. Indiqué el estado de salud de su hijo(a)

*Mi hijo(a) no tiene condiciones de salud.*

Mi hijo(a) tiene condición(es) de salud. Por favor marque todo lo que aplique:

- Alergias (alimentos o otro) – por favor especificar:* \_\_\_\_\_
- Asma* *Año Diagnosticado:* \_\_\_\_\_
- Diabetes – por favor circule tipo: Tipo 1      Tipo 2* *Año Diagnosticado:* \_\_\_\_\_
- Convulsiones/Epilepsia* *Año Diagnosticado:* \_\_\_\_\_
- Célula falciforme* *Año Diagnosticado:* \_\_\_\_\_
- Otro:* \_\_\_\_\_ *Año Diagnosticado:* \_\_\_\_\_

2. Mi hijo(a) tiene un proveedor de atención médica primario. SÍ      NO

*En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre del médico y número de teléfono:*

*Nombre:* \_\_\_\_\_ *Número de teléfono:* \_\_\_\_\_

*Yo doy permiso a la enfermera de la escuela de mi hijo(a) o persona designada hablar con el proveedor de salud sobre la salud de mi hijo.*

3. Mi hijo(a) está cubierto por un seguro de salud. SÍ      NO

**Si su hijo(a) necesita seguro de salud, llame a Healthy CPS 773-553-KIDS (5437)**

Este formulario **NO** es lo mismo que un "**Plan de Atención**" (atención médica detallada con instrucciones para proteger a su hijo(a)). Si su hijo(a) tiene una condición de salud que puede necesitar una acción en la escuela, por favor háganoslo saber que es lo mejor de hacer. Complete un "Plan de Cuidado Médico" en: [www.cps.edu/oshw](http://www.cps.edu/oshw) (o de la enfermera escolar) y regréselo a la escuela. **Si el problema es de alergias o asma, por favor llene el formulario de Plan de Acción para Asma o Plan de Sustitución de Alimentos en este Paquete.**

Nombre del Padre (Letra Imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR DEVUELVA LA FORMA A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.  
 SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA CONDICIÓN DE SALUD, LOS PADRES DEBEN  
 DE SER CITA CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.**

**SOLO PARA ENFERMERA**  
 Reviewed by:  
 Date and Initial \_\_\_\_\_