



## School Health Care Plan

---

Name of Student \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_  
Teacher/Grade \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Dear Parent:

We understand that your child has \_\_\_\_\_.  
The school needs further information so that they will know how to deal with any situation related to this condition. Please complete this form and return it to school. **Medication cannot be given at school without a completed medication authorization form signed by the health care provider and parent.**

\_\_\_\_\_  
School Nurse Phone

Describe your child's health condition/any related symptoms:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Current medications:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are there any special instructions or restrictions related to this condition?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Health Care Provider Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Has your child been seen by the health care provider for this condition in the past 12 months?  
Yes \_\_\_ No \_\_\_ Hospitalized? Yes \_\_\_ No \_\_\_

Any other information that would be helpful to the school:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If at some future date any of this information changes, please notify the school. Please sign below, indicating your consent for me to communicate with your child's health care provider.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Phone (home) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_

**Teachers are responsible for establishing a means of notifying all others who may assume responsibility for this student (teacher assistants, substitute teachers, specialty teachers), that this plan exists.**



## Plan de Cuidado de Salud Escolar

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Maestra/Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Estimados Padres:

Entendemos que su hijo tiene \_\_\_\_\_.

La escuela necesita más información para que ellos sepan cómo tratar cualquier situación relacionada con esta condición. Favor de completar este formulario y devuélvalo a la escuela. **Los medicamentos no se pueden dar en la escuela sin un formulario de autorización de medicamentos completado y firmado por el proveedor de atención médica y los padres.**

\_\_\_\_\_  
Enfermera Escolar

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Describa la condición de salud de su niño y/o cualquier síntoma relacionado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicinas actuales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay algunas instrucciones especiales o restricciones relacionadas con esta condición?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

¿En los últimos doce meses, ha sido visto su niño por el proveedor de atención médica para esta condición?

Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Hospitalizado? Si \_\_\_ No \_\_\_

Alguna otra información que pueda ser útil para la escuela:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si en el futuro alguna parte de información cambia, favor de notificar a la escuela. Por favor firme abajo, indicando su consentimiento para comunicarme con el proveedor de atención médica de su hijo.

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (hogar) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_