



ITW DAVID SPEER ACADEMY Medical Form

5321 W. Grand Avenue
Chicago, IL 60639

ph 773.622.7484
fax 773.304.2700

2017-2018

Con el fin de asegurar la seguridad de su hijo durante el día escolar, actividades extracurriculares, en cualquier paseo y otros eventos patrocinados por la escuela, le estamos pidiendo que por favor complete esta sección. Por razones de confidencialidad, esta información sólo será compartida con el personal correspondiente. Gracias por su cooperación en este asunto importante.

CONDICIONES MÉDICAS O ALERGIAS:

Por favor, indique con un (✓) SOLAMENTE si lo siguiente aplica a su hijo/a y sólo si su estudiante actualmente está recibiendo tratamiento.

- Mi hijo/a **NO tiene alergias, condiciones médicas y/o no toma ningún medicamento durante el horario escolar** (Omita la siguiente sección).
- Asma Convulsiones Diabetes (circule el tipo): Tipo 1 Tipo 2
- Alergias a comida y reacciones /severidad: _____
- Alergias no relacionadas a comida y reacciones: (tipo) _____
- Otras condiciones médicas: _____

Nota: Si usted ha marcado o proporcionado arriba información sobre una condición médica y / o alergia que el estudiante tenga, se necesita más información para que nuestros médicos y maestros puedan proveer a su hijo con los arreglos necesarios. Por favor, elija una de las opciones siguientes:

- He leído lo anterior y he incluido la información adjunta a esta forma para que la escuela la utilice para un plan 504 (modificaciones para la escuela) o un plan de acción de emergencia para mi hijo/a debido a su alergia o condición médica.
- He leído lo anterior, y **NO siento** que la escuela debe implementar alguna modificación o escribir un plan de emergencia para la alergia o condición médica de mi hijo/a.

INICIAL

FECHA

PÓLIZA DE MEDICAMENTOS:

- Si un estudiante requiere de medicamentos durante el horario escolar, el monitoreo de estos medicamentos será supervisado por el Gerente de la Oficina o la enfermera de la escuela. En ningún momento debe el estudiante tener la medicación en su poder o en sus armarios (excepto el inhalador de asma o la pluma epi). Para supervisar la autoadministración del medicamento prescrito para cualquier estudiante (**incluyendo inhaladores para el asma**), debemos tener la forma llenada por el médico para la autoadministración, (La forma esta disponible en la Oficina Principal). Para cualquier medicamento sin receta, debemos tener una petición de los padres/tutores para la autoadministración (La forma esta disponible en la Oficina Principal).
- Los estudiantes son responsables de venir a la oficina principal para tomar sus medicamentos a su debido tiempo.
Por favor, consulte la oficina de la escuela para las formas de administración de medicamentos.

INICIAL

FECHA

PRIMEROS AUXILIOS DE EMERGENCIA:

En el caso de una emergencia, doy permiso a cualquier campus de la red de escuelas Noble para que lleven a cabo primeros auxilios de emergencia o cualquier otro procedimiento médico inmediatamente necesario. Además, doy permiso para que la escuela haga un plan para que mi hijo sea llevado a una sala de emergencia en caso de una emergencia. La escuela tratará de comunicarse con los padres o tutores primero. Es la responsabilidad del padre/guardián de asegurarse de que la escuela siempre tenga números de teléfono vigentes.

He leído la información mencionada y acepto la responsabilidad de seguir las pólizas de la escuela con respecto a la notificación de: Dirección / teléfonos de contacto de emergencia, los cambios, condiciones médicas, y la póliza de medicamentos.

INICIAL

FECHA

Yo certifico que la información en esta forma es correcta:

Firma del Padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/tutor: _____

Nombre del Estudiante: _____



ITW DAVID SPEER ACADEMY Medical Form 2017-2018

5321 W. Grand Avenue
Chicago, IL 60639

ph 773.622.7484
fax 773.304.2700

In order to ensure the safety of your child during the school day, extracurricular activities, on any field trip, and other school sponsored events, we are asking you to please complete this section. For confidentiality purposes, this information will only be shared with relevant staff. Thank you for your cooperation in this important matter.

MEDICAL OR ALLERGY CONDITIONS:

If your child is **currently receiving** treatment for any of the conditions listed below, please indicate this with a check (✓).

- My child has NO allergies, medical conditions and/or does not take any medications during school hours. (Skip to next section.)
- Asthma Seizures Diabetes (circle type): Type 1 Type 2
- Food Allergies and reactions/severity: _____
- Non-Food Allergies and reactions: (type) _____
- Other Medical Condition: _____

Note: If you made a selection above, we will need further information so our clinicians and teachers can provide your child with any necessary accommodations. Please check (✓) one of the options below:

- I have read the above and have attached information to this form for the school to use for a 504 plan (school accommodations) or an emergency action plan for my child due to his/her medical or allergy conditions.
- I have read the above, and I **DO NOT** feel that the school needs to implement any accommodations or write an emergency action plan for my child's allergy or medical condition.

INITIAL

DATE

MEDICATION POLICY:

- If a student requires medication during school hours, the monitoring of the medications will be supervised by the Office Manager or School Nurse. Students are not allowed to have medication in their possession or in their locker (except for asthma inhaler or epi pen). In order to monitor any student's self administration of prescribed medication (including asthma inhalers), we must have a Physician Request for Self-Administration form on file (form available in Main Office). For over the counter medication, we must have a Parent-Self-Administration form on file (form available in Main Office).
- Students are responsible for coming to the main office to take their medications at the appropriate time. Please see the school office for Medication Administration forms.

INITIAL

DATE

EMERGENCY FIRST AID:

In the event of an emergency, I hereby give permission to any campus of Noble Street Charter High School to perform emergency first aid or any other medical procedure immediately necessary. Furthermore, I give permission for the school to make a plan for my child to be taken to an emergency room in the event of an emergency. The school will attempt to contact the guardian(s) first. It is the guardian(s) responsibility to ensure that the school always has a current phone number.

I have read the above information and accept responsibility for following the school's policies regarding notification of: address/phone changes, emergency contact, medical conditions, and medication policy.

INITIAL

DATE

I certify that the information on this form is correct:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Print Parent/Guardian's Name: _____

Student's Name: _____

(Español al reverso)