

LAKELAND SCHOOL OF WALWORTH COUNTY
W3905 COUNTY ROAD NN – ELKHORN, WI 53121
MEDICAL INFORMATION / CONSENT FORM
INFORMACIÓN MÉDICA / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
2022-2023 SCHOOL YEAR

STUDENT'S NAME: _____
 ESTUDIANTE:

DATE OF BIRTH: _____
 FECHA DE NACIMIENTO:

PRIMARY PHYSICIAN'S NAME: _____
 DOCTOR PRINCIPAL:

PHONE #: _____
 TELÉFONO:

PSYCHIATRIST NAME (IF APPLICABLE): _____
 NOMBRE DEL PSIQUIATRA (si es aplicable)

PHONE #: _____
 TELÉFONO:

FAMILY DENTIST: _____
 DENTISTA FAMILIAR

PHONE #: _____
 TELÉFONO:

	Yes/No	If Yes, explain (En caso afirmativo explicar):
Allergies? (¿Alergias?)	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	
Medications? Please list all medications given at home and at school, <u>including how medication is administered</u> , in "Explain" column ¿Medicamentos? Enumere todos los medicamentos administrados en el hogar y en la escuela, <u>incluida la forma en que se administran los medicamentos</u> , en la columna "Explain".	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	
Medical Concerns: (Asthma, Heart, Seizures, etc.) Preocupaciones Médicas: (Asma corazón, convulsiones, etc.)	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	
VP Shunt? (this information is important to the school nurse if it applies to your child) (esta información es importante para la enfermera de la escuela si se aplica a su hijo).	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	If yes, please contact the school nurse at lnurse@lakelandschool-walco.org to determine health care needs in the school setting. En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera de la escuela en lnurse@lakelandschool-walco.org para determinar las necesidades de atención médica en el entorno escolar.
Seizures? ¿Convulsiones?	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	If Yes, you must complete the Seizure Intake Form. En caso afirmativo, debe completar el "Seizure Intake Form"
Any surgery within last six months? ¿Alguna cirugía dentro de los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	
Physical Restrictions (including gym, swimming, weight bearing, movement limitations, etc.) Restricciones Físicas (incluyendo gimnasio, natación, soporte de peso, limitaciones de movimiento, etc.)	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	NOTE: A doctor's excuse will be required if restricted. NOTA: Se requerirá una excusa del médico se está restringido
Eating Restrictions (any food restrictions or swallowing problems?) Restricciones Comerciales (¿restricciones alimentarias o problemas para tragar)	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	
Vision: Does your child wear glasses? Visión: ¿Su hijo usa: anteojos?	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Date of last vision exam: _____
Contact lenses? ¿Lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Fecha del último examen de la vista: _____
Hearing: Does your child require Hearing Aids? Audición: ¿Su hijo necesita audífonos?	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	

Student (Estudiante): _____

<p>Does your child have a G-tube? <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo tiene una sonda de gastrostomía "G-tube"?</p>	<p>If your child has a G-tube, and it should come out: Si su hijo tiene una sonda de gastrostomía y debería salir:</p>	<p>Nurse should replace? <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No La enfermera debe reemplazar. Call parent to replace? <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No Llame al padre para que lo reemplace Other (Otra): <input type="checkbox"/> Instructions (Instrucciones):</p>
--	--	--

LAKELAND SCHOOL requires that your doctor provide instruction (orders) regarding any prescription your child takes while at school or school sponsored function. Other medications, as listed below, will be given with parent/guardian consent. Please notify the school immediately if any of the below information changes.

LAKELAND SCHOOL requiere que su médico proporcione instrucción (órdenes) con respecto a cualquier receta que su hijo tome mientras está en la escuela o en una función patrocinada por la escuela. Otros medicamentos, que se enumeran a continuación, se administrarán con el consentimiento de los padres/tutores. Por favor notifique a la escuela inmediatamente si cambia alguna de la siguiente información.

As the parents/legal guardians of the above named student, I give consent/permission for:

Como padres/tutores legales del estudiante mencionado anteriormente, doy mi consentimiento/permiso para:

<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Administration of Tylenol (Acetaminophen) per product instructions Administración de acetaminofén (Tylenol) según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Administration of Ibuprofen (Advil, Motrin) per product instructions Administración de ibuprofeno (Advil, Motrin) según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Administration of Benadryl per product instructions Administración de Benadryl según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Administration of Hydrocortisone Cream 1% per product instructions Administración de crema de hidrocortisona al 1% según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Administration of A & D Ointment per product recommendations Administración de ungüento A & D según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Administration of Cough / Sore Throat Lozenges per product recommendations Administración de pastillas para la tos / dolor de garganta según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Use of Sunscreen per product recommendations Uso de protector solar según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Use of Insect Repellent per product instructions Uso de repelente de insectos según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Administration of Antacid Tablets (TUMS) per product instructions Administración de tabletas antiácidas (TUMS) según las instrucciones del producto
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Lakeland School and/or hospital to provide necessary medical and/or emergency care. La Escuela Lakeland y/o el hospital pueden proporcionar la atención médica y/o de emergencia necesaria.
<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	I give my permission for the hospital to release information on my child to Lakeland School in the event of an emergency. Doy mi permiso para que el hospital divulgue información sobre mi hijo a la Escuela Lakeland en caso de una emergencia.

<p>Does your child receive outside therapies such as: ¿Su hijo recibe terapias externas como:</p>	<p>If so, please provide therapist(s) name/contact information: Si es así, proporcione el nombre del terapeuta / información de contacto:</p>
<p style="text-align: center;">Speech/Language: Habla / Lenguaje</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No</p>	
<p style="text-align: center;">Physical Therapy: Terapia física</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No</p>	
<p style="text-align: center;">Occupational Therapy: Terapia ocupacional</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No</p>	

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE:** _____
 Firma del Padre / Tutor Fecha de Firma