

**Habersham County Schools Student Health Form**  
(Escuelas del Condado de Habersham Formulario de la Salud del Estudiante)

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ DOB (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_  
Last (Apellido) First (Primer) Middle (Nombre) Month/Day/Year  
(Mesa/Dia/Año)

Teacher (Profesor) \_\_\_\_\_ Name child prefers (Preferido nombre del niño) \_\_\_\_\_

Mother's Name (Nombre de la Madre): \_\_\_\_\_ Father's Name (Nombre del Padre): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Home (Casa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Work (Trabajo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cell (Celular) \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Names (Nombres en Caso de Emergencia):**

1. Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_

2. Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_

My child has permission to be seen in the school clinic. (Le doy permiso a la escuela para ver a mi niño en la clínica.):  
\_\_\_\_\_ Yes (Si) \_\_\_\_\_ No

Please mark out any medications that may **NOT** be administered to your child. (Por favor indicar todas las medicinas que no se puedan aplicar a su hijo):

- |   |  |
|---|--|
| Acetaminophen (Tylenol)                           | Oragel   |
| Ibuprofen (Advil/Motrin)                          | Triple Antibiotic Ointment (Pomada Antibiótico Triple)                               |
| Antacids (Antiácidos) (TUMS)                      | Throat Spray (Aerosol Para La Garganta)  |
| Antiseptic Spray (Aerosoles Antisépticos)         | Benadryl (Antihistamínico) Cream and/or Liquid (De Crema o Líquido)                  |
| Anti-Itch Cream (Crema Anti-Picor)                | Anti-Fungal Cream (Crema Anti-Hongo)   |
| Burn Spray/Gel (Spray/Gel de Quemadura)           | Hydrocortisone Cream (Crema de Hydrocortisone - para inflamación y alergias de piel) |
| Cough syrup or drops (Jarabe o gotas para la tos) | **Generic brands will be given when available  |

Please list any health conditions or allergies that affect your child. (Por favor hacer una lista de condiciones de salud o alergias que afectan su hijo): \_\_\_\_\_

Does your child have either of the following prescribed? (Está su hijo recetado con una de las siguientes medicinas para?)

\_\_\_\_\_ Benadryl \_\_\_\_\_ Epi-pen \_\_\_\_\_ Inhaler

List any medications that your child takes daily (prescription or over-the counter). (Por favor hacer una lista de medicamentos diarios que su niño toma (recetados por el pediatra o no).: \_\_\_\_\_

You will be notified if your child's temp is: 100.5 or greater. (Se le notificará si la temperatura de su hijo (si tiene fiebre) llega a 100.5 grados (Fahrenheit) o más.)

I give permission for my child to have hearing and/or vision screenings as needed. (Yo doy permiso para que mi hijo tenga las pruebas de visión y audición como sea necesario.): \_\_\_\_\_ Yes (Si) \_\_\_\_\_ No

Please initial that you are aware of Habersham County School System's "NO NIT" policy in regard to head lice. (Por favor poner sus iniciales que indican que usted está informado sobre la póliza del sistema de las Escuelas del Condado de Habersham \_\_\_\_\_ concerniente a los piojos de cabeza.)

Signature (Firme) \_\_\_\_\_ Relationship to Child (Relación con el Niño) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_