



Date: _____
Initial: _____
Health Office Use Only

Eagle County School District Re 50J

ECCA Annual Health Information Form

Name of Student: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Please list any medical conditions or significant injuries: _____

Please list any medications and/or supplements your child takes on a regular basis: _____

Any Allergies?

Drug Allergies:

In case of emergency, please contact:

Name: _____ Phone #: _____

Name: _____ Phone #: _____

1. May we notify appropriate school personnel including the athletic department who are on a "need to know basis" of your child's health concerns? Yes No
2. May we refer your child to The Boards of Cooperative Educational Services audiologist for a failed hearing screening or the Teacher of Students with Visual Impairments Mountain BOCES for a failed vision screening? This is a routine procedure provided by Eagle County School District free of charge during school hours where a more comprehensive exam can be done. Yes No
3. May we disclose information regarding your child's Immunization Record to the Health Department who will put it into the Colorado Immunization Information System (CIIS). This System allows schools, parents and health providers to access the Immunization records electronically. Yes No

Name of Preferred Hospital: _____ Name of Doctor: _____

PLEASE NOTE: All of the information provided will be kept confidential and will be used only when necessary to provide appropriate medical care for your child while in attendance at school or at school sponsored events. I/we understand that every effort will be made to reach a parent/guardian in case of any emergency. If this is impossible, the principal, teacher, support staff and/or nurse have permission to use his/her discretion in securing medical aid and/or administering first aid.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Date: _____
Initial: _____
Solo para uso de la oficina

**Distrito Escolar del Condado de Eagle Re 50J
Formulario Anual de Información de salud ECCA**

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Escriba cualquier padecimiento médico o lesiones de importancia:

Por favor indique los medicamentos o vitaminas que su hijo o hija toma regularmente:

¿Tiene alergias?

¿Es alérgico(a) a las medicinas?

En caso de emergencia, favor comunicarse con:

Nombre: _____ **Número telefónico:** _____

Nombre: _____ **Número telefónico:** _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Podríamos informarle al personal escolar a cargo, incluyendo el departamento de atletismo sobre la salud de su hijo o hija? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Podemos remitir a su niño a un especialista de los oídos de BOCES, en caso de que no haya salido bien en la revisión de los oídos o a un optometrista de BOCES, si no salió bien en el examen de la vista? Este examen de rutina es más completo, no tiene costo alguno, se hace durante la hora de clases y es ofrecido por ECSD. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Podríamos divulgar información del registro de vacunas de su niño(a) con el Sistema de Información de Inmunizaciones de Colorado (CIIS)? Este sistema le permite a las escuelas, padres de familia y proveedores de salud ingresar a estos archivos electrónicamente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Nombre del hospital que prefieren: _____ **Nombre del Doctor:** _____

RECUERDE QUE: Toda la información recibida se mantendrá en confidencia y se usará solamente cuando se necesite darle cuidados médicos a su hijo o hija, mientras esté en la escuela o en eventos patrocinados por la escuela.

También se entiende que haremos lo posible por comunicarnos con los papás en caso de emergencia. Si esto fuese imposible, el director, maestro, personal o enfermera, tienen permiso para buscar asistencia médica a su discreción o dar primeros auxilios.

Firma del padre o madre: _____ **Fecha:** _____