

Manville Public Schools Health Offices, Manville, New Jersey

Weston Elementary

(908) 231-8550

Fax: (908) 429-0280

Roosevelt School

(908) 231-6810

Fax: (908) 231-1881

A.B.T.S.

(908) 231-8530

Fax: (908) 231-8538

Manville High School

(908) 231-8520

Fax: (908) 231-8532

Annual Student Health History Update

Please return this form to your child's school nurse

Student: _____

Grade: _____

Does your child have health insurance? Tiene seguro de salud para los niños? Yes
 No: You may release my name and address to the NJ FamilyCare Program to contact me about health insurance.

Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: ___/___/___

Child's Physician Name / El medico de su hijo/a: _____

Telephone/Telefono: (____) _____ - _____

List any health conditions your child has. Que problemas de salud tiene su hijo/hija?

List any medications your child takes (at home or in school): Cuales son las medicinas que su hijo/a toma? (en casa e en las escuela):

List any allergies you child has, and what treatment is needed for reactions. Tiene su hijo/a alergias y que son los tratamientos para esas.

- Environmental Allergies / Alergias al medio ambiente: _____
- Food Allergies / Alergias a las comidas: _____
- Insect/Bee Allergies / Alergias al los insectos a abejas: _____
- Medication Allergies/ Alergias a medicamentos: _____
- Injectable Epinephrine/ epinefrina inyectable: Yes/Si No:

Does your child have asthma? Tiene su hijo/a asma? _____

Does your child use an inhaler/nebulizer/other asthma medicine? Usa su hijo/a medicina para asma?
 Yes/Si No

Name of Medication / nombre de medicina: _____

When/how often / Cuando? _____

Does your child wear glasses/contacts? Usa su hijo/a lentes? Yes/Si No:

Name of Eye Doctor/Nombre del medico de los ojos: _____

Reading / Para leer Blackboard/ Pizarra All the time / Todo el tiempo

Does your child regularly go to a dentist/orthodontist? Tiene un dentist/ortodoncista? Yes/Si No

Name/Nombre: _____

Manville Public Schools Health Offices, Manville, New Jersey

Weston Elementary

(908) 231-8550

Fax: (908) 429-0280

Roosevelt School

(908) 231-6810

Fax: (908) 231-1881

A.B.I.S.

(908) 231-8530

Fax: (908) 231-8538

Manville High School

(908) 231-8520

Fax: (908) 231-8532

Annual Student Health History Update

Complete Other Side / Complete Otro Lado

Permission for Release of Health Information

This release authorizes the school nurse to send or receive pertinent medical information necessary for my child's health, well-being and safety. This authorization is valid for one year.

Esta liberación autoriza a la enfermera de la escuela a enviar o recibir información médica pertinente necesaria para la salud de mi niño, el bienestar y la seguridad. Esta autorización si válido para un año.

Student: _____ Date of Birth: ____/____/____
mm dd yyyy

Parent/Guardian Name (firma del padre o madre) _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____
mm dd yyyy

Parental Consent for Emergency Treatment

Every effort will be made to transport your child to the preferred hospital identified below.

I hereby authorize the emergency physician on duty to provide emergency treatment to my child. Examples of an emergency situation are, but not limited to: any situation where breathing is compromised, lacerations, fracture or other traumatic injury. I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for said child. *Yo por la presente autorizo al médico de emergencia a proporcionar de turno emergencia tratamiento a mi niño. Ejemplos de una situación de emergencia son, pero no limitados a: ninguna situación donde respirar es cedido, los desgarros, la fractura ni otra herida traumática. Yo no haré responsable al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de dicho niño*

Parent/Guardian Name (firma del padre or madre):, _____

Relationship to Student: _____ Preferred Hospital: _____

Address: _____

Phone: Home: (____) _____ Work: (____) _____ Cell: (____) _____

Emergency Transport Procedure

If medically indicated, a student will be transported by emergency medical vehicle. School employees may not accompany student in the vehicle during transport. A copy of this release will be sent with the student.

Student será transportado por emergencia vehículo médico. Los empleados de la escuela no pueden acompañar a estudiante en el vehículo durante transporte. Una copia de esta liberación será enviada con el estudiante. Yo no haré responsable al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de dicho niño

Parent/Guardian Signature: _____ - Date: ____/____/____
firma del padre o madre mm dd yyyy

Please return this form to the Health Office.

Vuelva por favor esta forma a La Oficina de la Salud.