



370 Pine Street, Springfield, MA 01105
413-539-0055

Veritas Prep Charter School Health History Form

This form should be filled out by the scholar's parent or legal guardian. Please return the completed form to the school nurse.

Student/Parent/Guardian & Emergency Contact Information

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____ Gender: Male/Female

Home Address: _____

Parent/Guardian 1 Name: _____ Relationship to Student _____ Home Phone/Cell/work: _____

Parent/Guardian 2 Name: _____ Relationship to Student: _____ HomePhone/Cell: _____

Additional Contact Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Medical History

Does your student have any medical conditions that the nurse should be aware of? Yes No

If yes, please describe: _____

Does your student have any allergies? Yes No

If yes, what is he/she allergic to? _____

Does your student have an Epi-Pen? Yes No

Does your child currently take medications? Yes No

If yes, please describe what medications he/she is taking: _____

Does or has your student received care for any of the following (please put an "x" next to any applicable):

___ Asthma ___ Diabetes ___ Kidney Disease ___ Orthopedic Other: _____

Concussion ___ Heart Disease ___ Mental Health ___ Seizure(s)

Medical Provider Information

Primary Care Provider Name: _____ Number: _____

Dentist Name: _____ Number: _____

Health Insurance: Mass Health Other (please describe): _____

Over the Counter Medication(s) & Medical Release of Information

I give the school nurse permission to give my student the following over-the-counter medications (check all that apply):

___ Acetaminophen(Tylenol) ___ Ibuprofen(Motrin) ___ Benadryl ___ Hydrocortisone Cream/Calamine/Vaseline ___ Tums
___ cough drops

When applicable, this personal information will be shared with appropriate school staff to better serve the medical and educational need of my child. I give permission for the school nurse to access MIIS immunization system and contact the above-named doctor or dentist as needed for any health concerns about my child. In case of a medical emergency, I give permission for my child to be transported to a local hospital by ambulance. I understand this authorization is voluntary.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____



370 Pine Street, Springfield, MA 01105
413-539-0055

Formulario De La Historia De Salud

Este formulario debe ser completado por el padre o tutor legal del estudiante. Por favor devuelva el formulario completado a la enfermera de la escuela.

Contacto De Informacion Estudiante/Padre/Guardian

Nombre Del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Genero: Hombre/Hembra Dirección: _____

Padre/Guardian 1 Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono de casa/Celular/trabajo: _____

Padre/Guardian 2 Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono de casa/Celular/Trabajo: _____

Historia Medica

Nombre de contacto adicional: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Su estudiante tiene alguna condicion medica que la enferma debe de de saber? Si No

Si tiene, porfavor describir: _____

Su estudiante tiene alguna alergia ? Si No

Si tiene, cual es la alergia? _____

Su estudiane tiene un Epi-Pen? Si No

Su estudiante toma algun medicamento Si No

Si tiene, porfavor describer que medicamento el/ella esta tomando: _____

Su estudiante ha revivido o tiene alguno de los siguientes (Poner una "x" al lado si aplica):

___ Asma ___ Diabetes ___ Enfermedad del rinon ___ Ortopedico Otros: _____

___ Concusion ___ Enfermeda del Corazon ___ Salud mental ___ Ataque Epilectico(s)

Informacion Del Doctor Primario

Nombre del primer doctor: _____ Telefono: _____

Nombre del dentista: _____ Telefono: _____

Seguro Medico: Mass Health Otro (Porfavor describir): _____

Medicamento sin prescripcion & Liberacion Medica De Informacion

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela en darle los siguientes medicamentos. (Chequiar todo lo que aplica):

___ Acetaminophen (Tylenol) ___ Ibuprofen(Motrin) ___ Benadryl ___ Hydrocortisone Cream/Calamine/Vaseline ___ Tums ___ Cough Drops

En su caso, esta información personal se compartirá con el personal escolar apropiado para servir mejor a la necesidad médica y la educación de mi hijo. Yo doy permiso a la enfermera de la escuela en contactar el sistema de inmunización MIIS y el doctor o dentista si es necesario. En caso de emergencia, yo doy permiso por mi hijo(a) que sea trasporatado a el hospital mas cercano por una ambulancia. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha: _____