



**Middle School Campus**  
 370 Pine Street  
 Springfield, MA 01105  
 (413)539-0055

**High School Campus**  
 225 Carando Drive  
 Springfield, MA 01104

**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: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 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  Concussion  Heart Disease  Mental Health (describe)  
 Seizure(s) Other: \_\_\_\_\_

**Medical Provider Information**

Primary Care Provider Name: \_\_\_\_\_ Number: \_\_\_\_\_  
 Dentist Name: \_\_\_\_\_ Number: \_\_\_\_\_ Specialist: \_\_\_\_\_ Number: \_\_\_\_\_  
 Health Insurance:  Mass Health  Other (please describe): \_\_\_\_\_

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

I give the school nurse permission to administer/apply the following over-the-counter medications approved by the School Medical Director's Standing Orders: Acetaminophen (Tylenol), Ibuprofen, Benadryl, Vaseline, unscented lotion, salt water gargle, eye wash solution, cold and/or heating packs, alcohol-based hand sanitizer, cough lozenges, Isopropyl alcohol, hydrogen peroxide, covid-19 testing.  yes  no

**I give permission for the school nurse to share information relevant to my child's health condition(s) with appropriate school staff when needed to meet the medical and educational needs of my child. I further give permission for the school nurse to access MIIS immunization system and to exchange/release and receive medical information and records with/from my child's medical provider, mental health care provider, and all specialists for the purpose of referral, diagnosis, and treatment. I further grant permission for the administration of emergency medication by the school nurse to my child within the guidelines of the School Medical Director's Standing Orders. 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: \_\_\_\_\_



**Middle School Campus**  
 370 Pine Street  
 Springfield, MA 01105  
 (413)539-0055

**High School Campus**  
 225 Carando Drive  
 Springfield, MA 01104

## 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:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_ **Genero:** Hombre/Hembra  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardian 1** Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono de casa/Celular/trabajo: \_\_\_\_\_

**Padre/Guardian 2** Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono de casa/Celular/Trabajo: \_\_\_\_\_

### Historia Medica

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  Concusion  Enfermeda del Corazon  
 Salud mental (*describer*)  Ataque Epilectico(s) Otros: \_\_\_\_\_

### Informacion Del Doctor Primario

Nombre del primer doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Especialist: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Seguro Medico:  Mass Health  Otro (Porfavor describir): \_\_\_\_\_

### Medicamento sin prescripcion & Liberacion Medica De Informacion

Doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar / aplicar los siguientes medicamentos de venta libre aprobados por las Órdenes Permanentes del Director Médico de Veritas Prep: Acetaminophen (Tylenol), Ibuprofen, Benadryl, Vaselina, loción sin perfume, gárgaras de agua salada, solución de lavado de ojos, compresas frías y / o térmicas, desinfectante de manos a base de alcohol, pastillas para la tos, alcohol isopropílico, peróxido de hidrógeno, pruebas de covid-19.  Si  No

Doy permiso para que la enfermera de la escuela comparta información relevante a las condiciones de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades médicas y educativas de mi hijo. Además, doy permiso para que la enfermera de la escuela acceda al sistema de inmunización MIIS e intercambie / divulgue, y para recibir información y registros médicos con / del proveedor médico de mi hijo, el proveedor de atención de salud mental y todos los especialistas con el propósito de referencia, diagnóstico y tratamiento. Además, otorgo permiso para la administración de medicamentos de emergencia por parte de la enfermera de la escuela a mi hijo dentro de las pautas de las Órdenes Permanentes del Director Médico de la Escuela. En caso de una emergencia médica, doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia a un hospital local. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_