

**Providence Cristo Rey High School**  
Medical Information Form

Student Legal Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

**MEDICATIONS**

Is the student currently taking any medication?    YES        NO

If yes, please list names and dosages of medication(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If the student will need assistance in taking this medication, please describe below:

\_\_\_\_\_

Does the student have permission to take over-the-counter (OTC) medication for headaches, upset stomach, muscle aches, etc.?    YES        NO

If yes, what medication would you prefer (please circle)?    TYLENOL                    IBUPROFEN                    UPSET STOMACH RELIEVER/ANTIDIARRHEAL

If parent will be providing any other OTC medications, please list: \_\_\_\_\_

**MEDICATION ADMINISTRATION CONSENT**

I give consent for my child, \_\_\_\_\_, to use the indicated medications listed on this document. If staff dispenses medication, they will only administer according to the manufacturer's recommended dosage. I understand that a nurse is not available and staff may dispense over-the-counter (OTC) medications according to package directions only. I hereby release and hold harmless Providence Cristo Rey High School from any and all liability due to dispensing OTC medications as directed by the manufacturer's recommended dosage, or if student dispenses his/her own medication.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ALLERGIES & ACCOMODATIONS**

Does the student have any physical conditions that require special accommodations?    YES        NO

If yes, please describe needed accommodations:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does the student have any known food or drug allergies?    YES                    NO

If yes, please list: \_\_\_\_\_

Is there any reason that the student should be restricted from vigorous physical activity?    YES        NO

If yes, please list any restrictions:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAL RELEASE**

I understand that in case of a medical emergency, every attempt will be made to contact me before medical action is taken. However, Providence Cristo Rey High School staff may consent on my behalf to emergency treatment advised by medical personnel for my child.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**MEDICAL INSURANCE INFORMATION**

Student's Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Check one of the following and sign below:

\_\_\_\_ The student is covered by medical insurance (please complete information below):

Insurance Company: \_\_\_\_\_

Policy Holder: \_\_\_\_\_

Policy Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ The student is covered by Medicaid.    Medicaid Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ The student is **not** covered by medical insurance.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Providence Cristo Rey High School**  
Formulario de información médica

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

¿El estudiante está tomando algún medicamento actualmente?      **SÍ**      **NO**

Si respondió **Sí**, por favor listar los nombres y las dosis de el/los medicamento(s):

---

---

Si el estudiante necesitará ayuda administrando esta medicación, por favor describa a continuación:

---

¿El estudiante tiene permiso de recibir mediación de venta libre para dolor de estómago, dolor muscular, etcétera?      **SÍ**      **NO**

¿Si respondió **Sí**, ¿cuál medicamento prefiere (por favor circular)?

TYNNOL    IBUPROFEN    MEDICACIÓN PARA DOLOR DE ESTOMAGO/ANTIDIARRÉICA

Si el padre va a proporcionar cualquier otro medicamento de venta libre, por favor listar:

---

**CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Doy consentimiento para que mi hijo/hija, \_\_\_\_\_, use los medicamentos indicados listados en este documento. Si alguien del personal de la escuela despacha la medicación, solo la administrará conforme a la dosis recomendada por el fabricante. Yo entiendo que no hay enfermera disponible y que personal de la escuela solamente puede administrar medicamentos de venta libre según a las instrucciones en el paquete. Por la presente, libero y eximo a Providence Cristo Rey High School de toda y cualquier responsabilidad debido a la administración de medicamentos a venta libre según la dosis recomendada por el fabricante, o si el estudiante toma su propia medicación.

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS Y ACOMODACIONES**

¿El estudiante tiene alguna condición física que requiere acomodaciones especiales?      **SÍ**      **NO**

Si respondió **Sí**, por favor describir las acomodaciones necesarias:

---

---

¿El estudiante tiene alguna alergia a comida(s) o a medicamento(s)?      **SÍ**      **NO**

Si respondió **Sí**, por favor listar: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna razón por la cual el estudiante debería de ser restringido de actividad física rigurosa?      **SÍ**      **NO**

Si respondió **Sí**, por favor listar cualquier restricción:

---

---

**LIBERACIÓN MEDICA**

Yo entiendo que, en el caso de una emergencia, se hará cada intento para ponerse en contacto conmigo antes de que se tome acción médica. Sin embargo, el personal de Providence Cristo Rey High School puede consentir en mi nombre a tratamiento de emergencia recomendado por personal médico para mi hijo/a.

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Por favor marque uno de los siguientes y firme a continuación:

\_\_\_ El estudiante está cubierto por seguro médico (por favor completar la información a continuación):

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Poseedor de póliza: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_ El estudiante está cubierto por Medicaid. Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

\_\_\_ El estudiante **no** está cubierto por seguro médico.

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_