This form is due by the first day of school.

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

MEDICAL EXAMINER'S STATEMENT ON HEALTH AND ACTIVITY STATUS

Student's Name _____ Date of Birth _____
Last First Middle

School _____ Grade (Circle) 9 10 11 12

DATE OF EXAMINATION:

NOTE: Date of examination indicates beginning of 12-month eligibility for competitive athletics.

DATE HERE

HT _____ WT _____ Blood Pressure _____

Visual acuity: without correction R_____ L _____

with correction R_____ L _____

Hearing loss: No_____ Yes _____

(If there is a hearing loss, please complete audiogram.)		500	1000	2000	3000	4000	6000
	R						
	L						

IMMUNIZATIONS (Give month and year)

Polio					
DTP/DTaP					
MMR				**Td**	**Tdap**
Hep B					
Hep A			**Varicella**		
HPV				**MCV**	

Date of last TB test _____
Result of test _____
History of BCG? _____
Follow-up indicated_____
Date and result of chest x-ray_____

COMMENTS: _____

_____

_____

Please answer the following questions:

1. Is there a defect of vision, hearing, or speech for which the school should compensate by proper seating or other actions? [ ] Yes [ ] No
   If yes, please specify recommendations_____
2. Are there previous operations, injuries, or illnesses of which the school should be aware?. . . . . [ ] Yes [ ] No
   If yes, please specify_____
3. Is there a physical defect which limits participation in: Classroom activities? . . . . . [ ] Yes [ ] No
   Physical Education? . . . . . [ ] Yes [ ] No
   Competitive athletics. . . . . [ ] Yes [ ] No
   If yes, please specify limitation and recommendation for alternative activity _____
   _____
4. Is this student subject to a condition which may result in a classroom emergency (Epilepsy, fainting, diabetes, severe asthma, allergy, hypersensitivity to bee or other insect venom?). . . . . [ ] Yes [ ] No
   If yes, please specify _____
5. Is there an emotional mental or physical condition for which this student should remain under periodic medical observation?[ ] Yes [ ]No
   If yes, please specify _____
6. Is this student currently (or routinely) on medication? . . . . . [ ] Yes [ ] No
   If yes, name of medication and dosage _____
7. **Please complete the Authorization for Medication(s) During School Hours (on reverse side) for ANY medication the student may require during the school day.**

_____

Signature of Physician or Health Care Provider

Not Valid Unless Signed, Stamped & Dated

Name:

Address:

Phone:

PLEASE STAMP/AFFIX NAME, ADDRESS, AND CONTACT INFORMATION OF PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER

San Mateo Union High School District
Autorización para tomar medicinas durante el horario escolar

De acuerdo con el artículo 49423 y la subdivisión (b) del artículo 49423.6 del Código de Educación de California, un alumno que durante el horario escolar necesite tomar algún medicamento recetado por un médico puede ser asistido por el personal de enfermería de la escuela u otro personal de la escuela designado a tal efecto si se cumplen estas dos condiciones: (a) Que el profesional médico del alumno emita una nota por escrito que especifique, como mínimo, el medicamento que el alumno tiene que tomar, la dosis y durante cuánto tiempo deberá tomarla. También debe detallar –según sea necesario– cómo administrarla, qué cantidad y a qué horas deberá tomarla. b) Que el padre/la madre/el tutor legal del alumno presente una nota por escrito en la que pida que se le administren dichos medicamentos o que se le ayude a tomarlos, según indique la nota por escrito del profesional médico autorizado.
Con la aprobación del profesional médico autorizado del alumno y la de su padre/madre/tutor legal, una agencia local de educación puede permitir que un alumno porte medicamentos o que las tome por sí solo.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL:

Nombre de la escuela_____

Nombre del estudiante _____Sexo _____ Fecha de nacimiento_____
Apellido Primer nombre

_____(_____)_____
Nombre del médico/profesional médico Domicilio Teléfono

En cuanto a los medicamentos abajo autorizadas por su médico/profesional médico:

Pido que las personas autorizadas ayuden a mi hijo(a) a tomar sus medicamentos en la escuela: Sí _____ **No** _____

Pido que permitan a mi hijo(a) portar sus medicamentos y tomarlas por sí solo(a): Sí _____ **No** _____

Entiendo que los medicamentos deben estar en el envase original de la farmacia, tener una etiqueta con el nombre del alumno y del profesional médico que las recetó, el nombre del medicamento, la fecha de la receta original, la cantidad del principio activo (concentración), la dosis y las instrucciones para ingesta. Si los medicamentos se guardan en la oficina de salud de la escuela, serán destruidos si no se recogen dentro de la semana posterior al final del año escolar o de la orden médica. Entiendo que se podrá suspender la administración de un medicamento si los padres lo solicitan por escrito. Como padre/madre/tutor legal del alumno nombrado arriba, por la presente dejo indemne y a libero a todo el personal, a los empleados y a los agentes del San Mateo Union High School de cualquier demanda, acción judicial, juicio y responsabilidades de cualquier tipo o naturaleza cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones del profesional médico de mi hijo(a).

_____ _____ **(_____)_____(_____)_____**
Fecha **Firma del padre/de la madre/del tutor legal** **Teléfono de la casa** **Teléfono de emergencia**

THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN /ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO:

Diagnosis for which medication is given / Diagnóstico por el cual se receta la(s) medicina(s):_____

Name of medication / Nombre de la(s) medicina(s): _____

Form / Presentación: _____**Dose & route** / Dosis y vía de administración: _____

If medicine is to be given DAILY, at what time(s) / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse TODOS LOS DÍAS, indique a qué hora(s):_____

_____

If medicine is to be given WHEN NEEDED, describe indications / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse sólo CUANDO SEA NECESARIO, explique:
_____

How soon can it be repeated? / ¿Cada cuánto tiempo puede(n) volver a tomarse?: _____

List significant side effects of medication / Escriba los efectos secundarios importantes de esta(s) medicina(s): _____

_____

Length of time this treatment is recommended / ¿Por cuánto tiempo recomienda este tratamiento?: _____

In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medicate the above medication: Yes (Sí) _____ **No** (No) _____
Opino que este alumno es capaz de portar esta(s) medicina(s) y de tomarla(s) por sí solo(a): _____

Date: _____ **Signature of Authorized Health Care Provider:** _____

Health Care Provider Address Stamp (required):

Reviewed by District Nurse _____