

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

This form is due by the first day of school.

**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.**



**IMMUNIZATIONS** (Give month and year)

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

HT \_\_\_\_\_ WT \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_  
 Visual acuity: without correction R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_  
 with correction R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_  
 Hearing loss: No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

Date of last TB test \_\_\_\_\_  
 Result of test \_\_\_\_\_  
 History of BCG? \_\_\_\_\_  
 Follow-up indicated \_\_\_\_\_  
 Date and result of chest x-ray \_\_\_\_\_

<b>(If there is a hearing loss, please complete audiogram.)</b>		<u>500</u>	<u>1000</u>	<u>2000</u>	<u>3000</u>	<u>4000</u>	<u>6000</u>
	R	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	L	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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 \_\_\_\_\_
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.**

***Not Valid Unless Signed, Stamped & Dated***

\_\_\_\_\_  
**Signature of Physician or Health Care Provider** Name:  
**PLEASE STAMP/AFFIX NAME, ADDRESS, AND CONTACT INFORMATION OF PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER** Address:  
 Phone:

**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, el alumno que necesite tomar medicinas con receta durante el horario escolar 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, la medicina 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 dichas medicinas o que se le ayude a tomarlas, 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 medicinas 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 las medicinas abajo autorizadas por su médico/profesional médico:**

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

**Pido que permitan a mi hijo(a) portar sus medicinas y tomarlas por sí solo(a):** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Entiendo que las medicinas 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 de las medicinas, la fecha de la receta original, la cantidad del principio activo (concentración), la dosis y las instrucciones para tomarlas. Si las medicinas se guardan en la oficina de salud de la escuela, serán destruidas si no se recogen dentro de la semana posterior al final del año escolar o de la orden médica. He leído y firmado el consentimiento adjunto (reverso) que permite que el personal designado de la escuela hable con el profesional médico de mi hijo(a) si tiene preguntas médicas. 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 el 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):

**If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel:** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_  
 Si es necesario, este medicamento puede ser administrado adecuadamente y de manera segura por personal capacitado de la escuela sin licencia:

**Date:** \_\_\_\_\_ **Signature of Authorized Health Care Provider:** \_\_\_\_\_

**Health Care Provider  
 Address Stamp (required):**