

School Year : **2009-10**

SAN DIEGO UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
HEALTH INFORMATION EXCHANGE CONSENT

**PRINT THIS FORM  
Complete & RETURN @ Station 3**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_  
Last First Middle Month/ Day /Year

School: **La Jolla High** Grade: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

**State law requires that the parent inform the school if a child is receiving prescribed medication for a continuing health problem.**

Health Problem/Allergies: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

Physician's Name/Clinic: \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_  No Physician

Health Insurance Plan: \_\_\_\_\_  No Health Plan

(If Medi-Cal, Healthy Families, or another health plan, please write name of health plan)

My children do not have health insurance and I would like more information. Please release my name, address, and telephone number to an authorized insurance enrollment worker.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature or  
Authorized Representative of Minor Student

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (print)

\_\_\_\_\_  
Date

**PERMISSION FOR OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS**

Please check if you would like the **school nurse**, after assessment, to provide the following over-the-counter (OTC) medications, if indicated: Advil, Motrin, or Tylenol to your child as appropriate:  Yes  No

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature or  
Authorized Representative of Minor Student

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (print)

\_\_\_\_\_  
Date

OTC medications may not be given by any unlicensed staff member except when a physician's order is on file.

Phone No.: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Area Code Home Area Code Work Area Code Cell

**This authorization expires at the end of each academic year and must be renewed annually.**

Escuela Ano : **2009-10** **SAN DIEGO UNIFIED CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACION DE SALUD**

Nombre del Niño/Niña: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre Mes/ Dia /Año

Escuela: **La Jolla High** Grado: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**La ley del estado requiere que el padre informe a la escuela si un niño está recibiendo medicamento prescrito por el médico por un problema continuo de salud.**

Problemas de Salud/Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico/Clinica: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  Sin Médico

Plan de Seguro Médico: \_\_\_\_\_  Sin Seguro

(Si es Medi-Cal, Healthy Families, u otro plan, escriba el nombre de su plan)

Mis hijos no tienen seguro médico y necesito más información. Puede darle mi nombre, domicilio y número de teléfono a un empleado autorizado de suscripciones de seguros médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Tutor o  
Representante Autorizado del Menor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre/Tutor (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PERMISO PARA DAR MEDICAMENTOS QUE NO REQUIEREN DE RECETA MÉDICA**

Por favor indique si desea que después de la evaluación apropiada la enfermera de la escuela dé a su hijo los siguientes medicamentos Indicados que no requieren de receta médica: Advil, Motrin o Tylenol cuando sea apropiado:  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Tutor o  
Representante Autorizado del Menor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre/Tutor (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Código Casa Código Trabajo

El personal no autorizado no puede dar medicinas que no requieren de receta médica excepto cuando hay una orden médica en el expediente del alumno.

**Esta autorización caduca al finalizar cada año académico y se tiene que renovar anualmente.**