



New Braunfels ISD Nurse Information Card

Student Information: Last: _____ First: _____

DOB: ____/____/____ Male/Female Grade: _____ Teacher/ Student ID: _____

Medical/ Developmental Problems: _____

Asthma No/ Yes **Seizures** No/ Yes **Chicken Pox** No/ Yes Date _____ **Glasses/Contacts** No/ Yes Type _____

Current Medications: _____

Allergies: _____

I understand in signing below that the district will take the necessary precautions regarding my child's safety. I will provide the school with information regarding specific foods to which my child is allergic, the nature of the potential allergic reaction and an allergy action plan.

Special Meal request: _____

Please complete the Special Meal Request at
<https://www.nbisd.org/departments/child-nutrition>

Tuberculosis Screening Questions:

1. Have you had recent contact with someone with infectious TB? No Yes Date _____
2. Have you moved within the last 5 years to the US from Mexico, Latin America Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia? Country _____ No Yes Date _____
3. Have you traveled (lived with resident populations from Mexico, Latin America, Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia) for more than 3 weeks? Country _____ How Long? _____ No Yes Date _____

I give appropriate health or administrative personnel authority to call the Doctor concerning medical needs of my child.

Doctor: _____ **Dentist:** _____ No Yes

Insurance: No/ Yes If yes, type _____ **School Age Siblings:** No/ Yes Name _____ Grade _____ School _____
Name _____ Grade _____ School _____

Parent Information:

Parent/Guardian Phone (Home) Phone (Work) Phone (Cell)

Parent/Guardian Phone (Home) Phone (Work) Phone (Cell)

Emergency Contacts:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

NBISD does not assume any financial responsibility but does wish to provide emergency care. By signing this card, I am giving the appropriate school personnel authority to call EMS, to transport, or obtain medical care if I or the alternate adults cannot be reached. I hereby grant permission for emergency medical care to be given by the attending physician and/or school personnel. I also give permission for EMS to be called and/or for my child to be transported as necessary by school personnel. I will NOT hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation of my child. In addition, I release the NBISD and employees from liability due to any adverse reaction or complications my child could have from taking medication I request be given. Notice: Any medication, prescription or over the counter to be administered during the school day, must be brought by parent/guardian to the school nurse office, labeled and in the original container. A signed permission form from the parent/guardian must be given to the school nurse.

Signature of Parent/Guardian

Relationship

Date



New Braunfels ISD Tarjeta de Información de la Enfermera

Información del Estudiante

Apellido : _____ Nombre: _____ Maestro-A/ ID#: _____

Fecha de Nacimiento : __/__/____ Hombre / Mujer Grado: _____

Condiciones Medicas/Problemas del Desarrollo: _____

Asma No/ Si Ataques/Epilepsia No/ Si Varicela No/Si Fecha: _____ Anteojos/Pupilentes No/ Si Indique: _____

Medicina que esta tomando: _____

My hijo(a) es alérgico(a) a: _____ Solicitud de comida especial: _____

Al firmar enseguida, comprendo que el Distrito tomará las precauciones necesarias para la seguridad de mi hijo(a). Además, proveeré a la escuela la información acerca de la comida específica a la cual mi hijo(a) es alérgico(a), así como la posible reacción alérgica y un plan de acción.

Complete la solicitud de comida especial en
<https://www.nbisd.org/departments/child-nutrition>

Preguntas en Referencia a la Tuberculosis:

- ¿Ha tenido contacto recientemente con alguien con TB contagioso? No Si Fecha _____
- ¿Se ha mudado recientemente (en los últimos 5 años) a los Estados Unidos de México, de América latina, del Caribe, de África, de Europa Oriental o de Asia? País _____ No Si Fecha _____
- ¿Ha viajado (con contacto substancial / vivido con la población residente) de México, de América latina, del Caribe, de África, de Europa Oriental o de Asia por más de tres semanas? No Si Fecha _____
País _____ ¿Cuánto Tiempo? _____

Yo doy autorización al personal administrativo o al personal apropiado de llamar al médico acerca de las necesidades médicas .

Doctor: _____ Dentista: _____ No Si

Regla de Seguro de Salud No/ Si ¿Tipo? _____

Hermano(as) en la escuela: No/ Si Nombre _____ Grado _____ Nombre de escuela _____
Nombre _____ Grado _____ Nombre de escuela _____

Información de los Padres

Padre/Guardian	Teléfono de Casa	Teléfono del empleo	Telefono de Celular
Padre/Guardian	Teléfono de Casa	Teléfono del empleo	Telefono de Celular

Número de Emergencia:

Nombre: _____ Relación a el estudiante: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relación a el estudiante: _____ Telefono: _____

Al firmar esta tarjeta usted les da la autoridad al personal escolar apropiado de llamarle a EMS, a transportar o obtener cuidado médico sino se les puede comunicar a usted o a los adultos alternativos. Por este medio doy permiso al cuidado medicinal de emergencia el cual será suministrado por el médico presente y/a la facultad escolar. También doy permiso a que llamen al EMS y/o a que mi hijo(a) sea transportado como sea necesario por la facultad escolar. Yo no haré responsable al distrito escolar por los gastos del cuidado de emergencia y/o por el transporte de mi hijo(a). Al firmar en seguida, yo pongo en libertad de responsabilidad a NBISD y a sus empleados a causa de cualquier reacción adversa o complicaciones mi hijo(a) pueda tener por tomar la medicina que yo pedí que se le diera. Cualquier medicina, receta o no, debe ser traída por los padres o el tutor a la oficina de la enfermera, donde se guardará, debe de estar en su envase original y con su etiqueta de la farmacia. Este medicamento debe ser acompañado por una nota en la cual el padre/madre o tutor pide que se administre dicho medicamento. Esta nota debe ser firmada por el padre/madre o tutor. Medicamentos que no sean recogidos al final del año escolar se tirarán a la basura.

Firma del Padre/Guardián: _____

Relación _____

Fecha _____