



LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD)
SCHOOL HEALTH SERVICES DIVISION

650 Newtown Pike
Lexington, Kentucky 40508-1197
(859) 288-2314
(859) 288-2313 FAX

Student Health Information

SCHOOL: _____ (Please complete one form per student)

SCHOOL YEAR: _____

Last Name : _____ First Name : _____ MI : _____

(Please give student's complete legal name.)

Student's Social Security # _____ Birth Date: _____

Race: _____ ☐ Male ☐ Female Home Room Teacher: _____

Street Address _____ City _____ Zip _____

Mother _____ Hm Ph _____ Wk Ph _____ Cell Ph _____

Father _____ Hm Ph _____ Wk Ph _____ Cell Ph _____

Legal Guardian _____ Hm Ph _____ Wk Ph _____ Cell Ph _____

Emergency Contact Person **OTHER** than Guardian or Parent _____

Relationship: _____ Hm Ph _____ Wk Ph _____ Cell Ph _____

STUDENT'S Medical Insurance

Does your student have a KY Medicaid or K-CHIP Card? Yes / No Number _____

Does your student have other medical insurance? Yes / No Name of Company _____

STUDENT'S Medical History

1) Significant Medical History: _____

2) Medication Allergies: _____ Food Allergies: _____

3) Other Allergies: _____

4) Medications taken Daily: _____

5) * Prescription Medication to be given at School: _____

Student's Health Care Provider: _____ Phone: _____

* Must complete Medication Consent Forms prior to any prescription medications being brought to school to be administered.
Forms are available at school.

Does your student have any of the following life-threatening conditions that may require
EMERGENCY treatment or medications to be given at school?

☐ **DIABETES**
(Glucagon)

☐ **ASTHMA**
(Rescue Inhaler)

☐ **SEIZURES**
(Diastat)

☐ **LIFE-THREATENING**
ALLERGY (Epi-Pen)

☐ **OTHER:**

CONSENT FOR HEALTH SERVICES / ASSIGNMENT OF BENEFITS

All students will receive basic First Aid and emergency care. By signing this form, I consent to School Health services given to my student by Nurses or agents of the LFCHD while at school. I authorize the LFCHD to release medical information about my student to his/her Primary Care Provider. I also understand that the information obtained from the School Physical, including Immunization information, will be released to my student's school. If I or my student has Medicaid or KCHIP, I authorize the LFCHD to release this information to Medicaid/KCHIP so that Medicaid/KCHIP can be billed for services provided by the School Nurse, at no cost to me.

I also understand that by signing this consent, I acknowledge that I have access to a copy of the Lexington-Fayette County Health Department's Privacy Notice located at www.lexingtonhealthdepartment.org or I may request a copy by calling School Health Services at 288-2314.

EXPIRES AT THE END OF EACH SCHOOL YEAR

X _____

(Signature of Parent / Legal Guardian / Emancipated Student)

_____/_____/_____
(Date signed)

THIS SECTION FOR SCHOOL USE ONLY

☐ Care Plan(s)
Sent

Date: _____
Date: _____

Date: _____
Date: _____

☐ Care Plan(s) Returned
Date: _____

Date: _____



LEXINGTON FAYETTE DEPARTAMENTO DE SALUD (LFCHD)
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ESCUELA

Información de Salud Estudiantil
(Por favor complete un formulario por estudiante.)

650 Newtown Pike
Lexington, Kentucky 40508-1197
(859) 288-2314
Fax (859) 288-2313

ESCUELA: _____

AÑO ESCOLAR: _____

Nombre Completo: _____

Seguro Social # del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Raza: _____ ☐ Masculino ☐ Femenina **Inicio Sala de Maestros:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de Casa: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____ **Teléfono de Celular:** _____

Madre: _____

Padre: _____

Tutor Legal: _____

Contactado de Emergencia que no sea los Padres o Encargado: _____

Relación al Estudiante: _____ **Número Telefónico en caso de Emergencia:** _____

SEGURO MÉDICO DE ESTUDIANTE

¿Tiene su estudiante una tarjeta de Medicaid o KY K-CHIP? Si / No Número: _____

¿Tiene su estudiante otro seguro médico? Nombre de Compañía: _____

HISTORIA CLÍNICA DE ESTUDIANTE

1) Historial Médica: _____

2) Alergias Médicas: _____ Alergias de Comida: _____

3) Otras Alergias: _____

4) Medicamentos de Administración Diaria: _____

5) * Medicina con Receta que debe darse en la Escuela: _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica del Estudiante: _____ **Teléfono:** _____

* Debe completar un Consentimiento para Medicina antes de traer cualquier medicina a la escuela para que se le administre a su estudiante. Los formularios de consentimiento están disponibles en la escuela.

¿Tiene su estudiante alguna de las condiciones siguientes que ponga en riesgo su vida que puedan requerir tratamiento de EMERGENCIA o que se le den medicinas en la escuela?

☐ **DIABETES**
(Glucagon)

☐ **ASMA**
(Rescate Inhalante)

☐ **LOS ATAQUES**
(Diastat)

☐ **ALERGIA DE VIDA-AMENAZANDO**
(Epi-Pen)

☐ **OTRO** _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD / ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS

Todos los estudiantes recibirán primeros auxilios y atención de emergencia. Al firmar este formulario, autorizo que Enfermeras de Salud Escolar o agentes de LFCHD le provean servicios a mi hijo mientras esté en la escuela. Yo autorizo que LFCHD le dé información médica de mi estudiante a su Proveedor Médico Primario. También entiendo que información obtenida del Examen Físico Escolar, incluyendo información de inmunizaciones, se la entregarán a la escuela de mi estudiante. Si yo o mi estudiante tenemos Medicaid o KCHIP, yo autorizo que LFCHD entregue esta información a Medicaid/KCHIP para que le puedan mandar la cuenta a Medicaid/KCHIP por los servicios proveídos por la Enfermera de la Escuela, sin ningún costo para mí.

Yo también entiendo que al formar esta hoja doy mi consentimiento, y yo reconozco que tengo acceso a una copia del Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Lexington Fayette ubicado en: www.lexingtonhealthdepartment.org o puedo llamar a los Servicios de Salud de la Escuela al 288-2314.

ESTE PERMISO SE VENDE CADA AÑO ESCOLAR

X _____
(Firma de Padre/Tutor Legal/Estudiante Emancipado)

_____/_____/_____
(Fecha en que firmó)