

Life-Threatening Health Conditions

Date: _____

Dear Parent or Guardian:

If your student has a life-threatening health condition of which the school should be aware, we recommend that you obtain a medication and/or treatment plan from your healthcare provider and make it available to the school as soon as possible. This will enable the school to ensure a safe environment for your child.

Parent/Guardian: Please complete the section below and return the form as soon as possible.

Name of Student: _____

Please indicate any health conditions below:

_____ asthma

_____ food allergy: _____

_____ health-related dietary restriction: _____

_____ other allergy: _____

_____ diabetes

_____ other: _____

Please remember to attach a medication and/or treatment plan from your healthcare provider when returning this form.

You may visit [Department of Health](#) for more information about state policies and procedures for schools.

Signature of Parent/Guardian: _____ Printed

name of parent/guardian _____

Address (street, city, state, zip): _____

Email Address: _____

Telephone: _____

Afecciones médicas potencialmente mortales

Fecha:

Estimado/a padre/madre o tutor:

Si su hijo tiene una afección médica potencialmente mortal de la cual la escuela deba estar al tanto, le recomendamos que le solicite un plan de medicamentos o tratamiento a su proveedor de atención médica y lo ponga a disposición de la escuela lo antes posible. Esto permitirá que la escuela garantice un entorno seguro para su hijo.

Padre/madre/tutor: Complete la sección a continuación y devuelva el formulario lo antes posible.

Nombre del estudiante:

Indique cualquier afección médica a continuación:

_____ asma

_____ alergia a alimentos:

restricción alimenticia relacionada con la salud:

_____ otra alergia:

_____ diabetes

_____ otra:

Recuerde adjuntar un plan de medicamentos o tratamiento de su proveedor de atención médica cuando devuelva este formulario.

Puede visitar el [Departamento de Salud](#) para obtener más información sobre las políticas y los procedimientos estatales para las escuelas.

Firma del padre/madre/tutor:

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):

Dirección de correo electrónico:

Teléfono: