

Highland School District 203  
Parental Consent to Share Student Health Information with  
School District Staff

Today's Date: \_\_\_\_\_

School Year: 2023-2024

Student Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

School/Grade: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

You have notified the school nurse that your child has the following health condition(s):

Asthma             Diabetes             Seizures             Heart

Severe allergy (with EpiPen) to: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

In order to safeguard your child's health and safety during school time, it will be necessary to develop a **plan of action** (emergency care plan or individualized care plan) if your child needs assistance for any health problems that may occur during school hours and after school activities. Other school staff will need to be involved in some situations, especially when the nurse is unavailable.

School staff (and substitutes) will work in partnership with you and the school nurse to *do what is necessary* to assist your child. The following school staff that may "need to know what to do" include, but are not limited to:

- Classroom Teacher(s)
- Office Staff
- Principal
- Playground Monitor
- Bus Driver
- Cafeteria Staff
- Custodian
- Other (specify) \_\_\_\_\_

If you agree that the above school staff may have as much information as they need in order to respond quickly and appropriately to care for your child's health needs, please sign below:

- I agree that the school nurse may decide who needs to know specific information to assist my child.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

If there is specific school staff you do NOT want to know about your child's health problem, please specify by name and sign below:

- I do not want \_\_\_\_\_ to know health information about my child.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Highland School District 203  
Consentimiento De Los Padres para Compartir Informacion De Salud Del  
Estudiantes con  
El Personal Del Distrito Escolar

Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_

Año Escolar: 2023-2024

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela/Grado: \_\_\_\_\_

Nombre Del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Ha notificado a la enfermera de la escuela que su hijo tiene las siguiente(s) condicion(es) de salud:

Asma                       Diabetes                       Ataques                       Corazon

Alergia Severa (con EpiPen) a: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Con el fin de proteger la salud y seguridad de su hijo/a durante el horario escolar, sera necesario desarrollar un **plan de accion** (plan de atencion de emergencia o plan de atencion individualizado) si su hijo/a necesita asistencia para cualquier problema de salud que pueda ocurrir durante el horario escolar y las actividades despues de la escuela. Otro personal de la escuela tendra que estar involucrado en algunas situaciones, especialmente cuando la enfermera no este disponible.

El personal de la escuela (y los sustitutos) trabajaran en colaboracion con usted y la enfermera de la escuela para *hacer lo que sea necesario* en ayudar a su hijo/a. El siguiente personal escolar que puede "necesitar saber que hacer" incluye, pero no se limita a:

- Maestro(s)
- Personal De Oficina
- Principal
- Monitor De Recreo
- Chofer De Autobus
- Personal De Cafeteria
- Custodio
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Si esta de acuerdo en que el personal de la escuela anterior pueda tener informacion para responder rapida y adecuadamente a la atencion de las necesidades de salud de su hijo/a, firme a continuacion:

- Estoy de acuerdo en que la enfermera de la escuela puede decidir quien necesita saber informacion especifica para ayudar a mi hijo/a

\_\_\_\_\_  
Firma Del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si hay algun personal escolar en específico que usted NO desea que sepa sobre el problema de salud de su hijo/a, especifique por nombre y firme a continuación:

- No quiero \_\_\_\_\_ que sepa informacion medica sobre mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha