

Oyster Bay-East Norwich Central School District

Dear Parent/Guardian:

In April 2003, New York State passed new laws protecting the confidentiality of your child's health records, which is something we have always taken seriously. In an effort to meet the needs of your child and to remain in compliance with the law, we ask you to review the following information.

If your child has a serious medical condition such as those listed below, we request that you sign the consent form below allowing the school nurse to discuss/share this important information with the school staff and your private physician.

- Asthma
- Diabetes
- Seizures
- Anaphylaxis (*You must provide emergency medication/form.*)
- Food allergy (*You must provide emergency medication/form.*)
- Attention deficit disorder
- Cardiac murmur
- Kidney disease
- Other

Please return this form by mail to the School Health Office or with your child on the first day of school. **NOTE: If your child does not have a serious allergy or medical condition, it is not necessary to return this form.**

My child, _____ Grade _____
(Name)

has _____
(medical condition)

Print Parent/Guardian name (please print):

_____ Date _____

Parent/Guardian Signature:

High School Nurse – 516-624-6541
Fax – 516-624-7314

Vernon Nurse – 516-624-6565
Fax – 516-624-2024

Roosevelt Nurse – 516-624-6575
Fax – 516-624-6591

Oyster Bay-East Norwich Central School District

Estimado Padre/Madre/Guardián:

En abril del 2003, el estado de Nueva York aprobó nuevas leyes que protegen la confidencialidad de los registros médicos de su hijo(a), lo cual es algo que nosotros siempre hemos tomado seriamente. En un esfuerzo por satisfacer las necesidades de su hijo(a), y permanecer en cumplimiento de las leyes, le pedimos que revise la siguiente información.

Si su hijo(a) tiene una condición médica seria, tales como las que se mencionan debajo, le pedimos que por favor firme el formulario de consentimiento para así permitir que la enfermera escolar pueda conversar y compartir esta información importante con el personal de la escuela y con su médico privado.

- Asma
- Diabetes
- Convulsiones
- Anafilaxia (*Necesita proveer un formulario de medicamentos para emergencias.*)
- Alergias de alimentos (*Necesita proveer un formulario de medicamentos para emergencias.*)
- Desorden de déficit de atención
- Soplo cardíaco
- Enfermedad de los riñones
- Otras

Por favor devuelva este formulario por correo a la Oficina de Salud de, o con su hijo(a) en el primer día escolar. **POR FAVOR TOMAR EN CUENTA: Si su hijo(a) no tiene alergia seria o condición médica, no es necesario devolver este formulario.**

Mi hijo(a), _____ Grado _____
(Nombre)

Tiene _____
(Condición médica)

Escriba el nombre del Padre/Madre/Guardián (letra de molde, por favor):

_____ Date _____

Firma del Padre/Madre/Guardián:

High School Nurse – 516-624-6541
Fax – 516-624-7314

Vernon Nurse – 516-624-6565
Fax – 516-624-2024

Roosevelt Nurse – 516-624-6575
Fax – 516-624-6591