

SCHOOL DISTRICT OF NEW LONDON - HEALTH SERVICES

Medical Concern - Action Plan – CONFIDENTIAL

Student Name _____ Grade _____ Age _____ Date of Birth _____

Parent/Guardian _____ Work# _____ Cell # _____

Brief description of your child's health condition and the action/steps you would like school personnel to take in case of an emergency with your child.

Medical Concern(s):

Action(s) to be taken:

Date(s) concern last took place: _____

Physical Restrictions: ☐ Yes ☐ No – If yes, please indicate restrictions and how long

Academic Restrictions: ☐ Yes ☐ No – If yes, please indicate restrictions and how long

NOTE: If medication is needed at school, prescription medication must come with the correct prescription label on the bottle or box, over the counter medication must be a new unopened package and must be kept at school for your child to participate in field trips/extracurricular activities.

Medication Name(s): _____ ☐ Prescription ☐ Non-Prescription

Dosage(s): _____ Route(s): _____ Time(s): _____

Starting Date: _____

Termination Date: **August 30, 2026**

Precautions, possible *unfavorable* reactions, and/or interventions: _____

Health Care Provider Name (please print): _____

Provider's Phone: _____ Provider's Fax # (required): _____

Health Care Provider Signature: _____

(Health Care Provider signature is required annually for all prescription medications)

Parent Signature _____

Date _____

School Nurse Signature _____

Date _____

Upon completing this form, please hand it in at registration/open house, have the doctor fax it, OR save it and email the form to Jenny Penn, MSN, RN at jpenn@newlondon.k12.wi.us. Thank you.

DISTRITO ESCOLAR DE NEW LONDON - SERVICIOS DE SALUD

(Spanish-Medical Concern) Preocupación médica - Plan de acción – CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
Padre/Guardián _____ # de trabajo _____ # de celular _____

Breve descripción del estado de salud de su hijo/a y las acciones/pasos que desea que tome el personal de la escuela en caso de una emergencia con su hijo/a.

Preocupación(es) médica(s):

Acción(es) a tomar:

Fecha(s) en que se produjo la última preocupación:

Restricciones físicas: ☐ Si ☐ No – En caso que si, indique las restricciones y la duración

Restricciones académicas: ☐ Si ☐ No – En caso que si, indique las restricciones y la duración

NOTA: Si se necesitan medicamentos en la escuela, los medicamentos recetados deben venir con la etiqueta de prescripción correcta en el frasco o caja, los medicamentos de venta libre deben ser un paquete nuevo sin abrir y deben conservarse en la escuela para que su hijo/a pueda participar en excursiones/actividades extracurriculares.

Nombre(s) del medicamento: _____ ☐ Epinefrina _____ ☐ Antihistamínico

Dosage(s): _____ / _____ Ruta(s): _____ / _____ Horario(s): _____ / _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: **August 30, 2026**

Precauciones, posibles reacciones *desfavorables* y/o intervenciones: _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica (por favor imprima): _____

Teléfono del Proveedor: _____ Fax del Proveedor # (requerido): _____

Firma del proveedor de atención médica: _____

(Se requiere la firma del proveedor de atención médica anualmente para todos los medicamentos recetados)

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma del enfermero de la escuela _____ Fecha _____

Una vez que haya completado este formulario, imprímalo y entréguelo en el momento de la inscripción o la jornada de puertas abiertas, o guárdelo y envíelo por correo electrónico a Jenny Penn, MSN, RN a jpenn@newlondon.k12.wi.us. Gracias.

QUARTIER SCOLAIRE DE NEW LONDON - SERVICES DE SANTÉ

(French-Medical Concern) Medical Concern - Plan d'action – CONFIDENTIEL

Nom de l'étudiant _____ Grade _____ Âge _____ Date de Naissance _____

Parent/Tuteur _____ # de travail _____ # téléphone portable _____

Brève description de l'état de santé de votre enfant et des mesures que vous souhaiteriez que le personnel de l'école prenne en cas d'urgence avec votre enfant.

Problème(s) médical(aux):

Action(s) à entreprendre:

Date(s) concernée(s) ayant eu lieu pour la dernière fois:

Restrictions physiques: ☐ Oui ☐ Non –Si oui, veuillez indiquer les restrictions et leur durée.

Restrictions académiques: ☐ Oui ☐ Non –Si oui, veuillez indiquer les restrictions et leur durée.

REMARQUE : Si des médicaments sont nécessaires à l'école, les médicaments sur ordonnance doivent être accompagnés de l'étiquette de prescription appropriée sur le flacon ou la boîte, les médicaments en vente libre doivent être dans un emballage neuf non ouvert et doivent être conservés à l'école pour que votre enfant puisse participer aux sorties scolaires/activités parascolaires.

Medication Name(s): _____ ☐ Epinephrine _____ ☐ Antihistamine

Dose(s): _____ / _____ Itinéraire(s): _____ / _____ Horaires: _____ / _____

Date de début: _____ Date de fin: **30 août 2026**

Précautions, réactions indésirables possibles et/ou interventions: _____

Nom du fournisseur de soins de santé (veuillez imprimer): _____

Téléphone du fournisseur: _____ Télécopie du fournisseur # (requis): _____

Signature du prestataire de soins de santé: _____

(Signature du prestataire de soins de santé requise chaque année pour tous les médicaments sur ordonnance)

Signature des parents _____ Date _____

Signature de l'infirmière scolaire _____ Date _____

Une fois que vous avez rempli ce formulaire, imprimez-le et remettez-le au moment de l'inscription ou de la journée portes ouvertes, ou enregistrez-le et envoyez-le par courrier électronique à Jenny Penn, MSN, RN à jpenn@newlondon.k12.wi.us. Merci.