

Highline Public Schools

Health History Form _____ year

Name: _____ Grade: _____ Phone#: _____

Sex: M F Birth Date: _____ Student ID: _____ School: _____

This information is needed to provide appropriate health services to your child during the school day and to prepare for any emergency situation should one arise. The school nurse may contact you with additional questions.

Does the student have (check all that apply): **Please Explain any "YES" Answers**

No Health Concerns

Please Have School Nurse Call Me

Allergies (food, pollen, medications, etc.) N Y _____

*Anaphylaxis (life threatening allergy) N Y _____

*Asthma N Y _____

*Seizures N Y _____

*Diabetes N Y _____

Heart Condition N Y _____

Bowel or Bladder concerns N Y _____

ADD / ADHD (please circle one) N Y _____

Migraines N Y _____

Chronic condition or disability N Y _____

Other health concerns N Y _____

Has your student ever had chest pain, shortness of breath, fainting, or passing out during or after exercise N Y _____

Mental /Emotional concerns / diagnosis N Y _____

***LIFE THREATENING CONDITIONS - RCW 28A.210.320**-Children with life-threatening conditions, requires medication or treatment orders as a prerequisite for children with life-threatening conditions to attend public schools. The law defines "life-threatening condition" as a health condition that will put the child in danger of death during the school day, if a medication or treatment orders and a nursing care plan are not in place.

MEDICATIONS

Is medication taken regularly at home? N Y _____

Is medication needed at school? N Y _____

**State laws requires written permission from a licensed health care provider and parent/guardian before any medication, prescription or over-the-counter, may be taken at school. A form is available from the school office.

Health History Informed Consent

This disclosure of student health information with the school is limited to the information necessary to serve the student's health or education interest. Your signature gives permission for the school nurse to share this information with school staff on a need-to-know basis for precautions, procedures, and emergency plans to protect your child at school. You further agree to bring to the attention of the school any **major changes** in the physical condition of your student.

Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____

Print Parent / Guardian Name _____

Escuelas públicas de Highline

Forma del historial clínico – año _____

Nombre: _____ Grado: _____ # de teléfono: _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____ ID del estudiante: _____ Escuela: _____

Esta información es necesaria para proveerle servicios de salud apropiados a su estudiante durante el día escolar y para prepararnos en caso de que una situación de emergencia ocurra. Puede que la enfermera de la escuela le contacte con preguntas adicionales.

El estudiante tiene (marque todo lo que aplique):

Si la respuesta es "SI", por favor explique

No tiene problemas de salud Por favor pídale a la enfermera de la escuela que me llame Alergias (alimentos, polen, medicamentos, etc.) N S _____*Anafilaxia (alergias de vida o muerte) N S _____*Asma N S _____*Convulsiones N S _____*Diabetes N S _____Problemas cardíacos N S _____Preocupaciones sobre orinar y defecar N S _____TDA / TDAH (ADD / ADHD). Por favor circule una N S _____Migraña N S _____Condición crónica o discapacidad N S _____Otras preocupaciones de salud N S _____Su estudiante alguna vez ha tenido: dolor de pecho, falta de aire, desmayos, o desvanecimiento durante o después de hacer ejercicios. N S _____Preocupación mental / emocional / diagnóstico N S _____

*CONDICIONES DE VIDA O MUERTE - RCW 28A.210.320- Para asistir a escuelas públicas, niños con condiciones de vida o muerte necesitan medicamento u órdenes de tratamiento a como está requeridos para niños con condiciones de vida o muerte. La ley define como "condición de vida o muerte" a una condición de salud que pone al niño en peligro de muerte durante el día escolar si el medicamento, orden de tratamiento o un plan de cuidado por la enfermera no están establecidos.

MEDICAMENTOS¿El medicamento se toma regularmente en casa? N Y _____¿Se necesita el medicamento en la escuela? N Y _____

**La ley estatal requiere permiso escrito por un proveedor de salud certificado y padre/tutor antes de que cualquier medicamento, prescripción o productos sin receta se tomen en la escuela. Una forma está disponible en la oficina de la escuela.

Historia clínica y consentimiento informado

Esta divulgación de la información de salud del estudiante con la escuela está limitada a la información necesaria para prestar servicio de salud al estudiante o su interés educacional. Su firma da permiso para que la enfermera de la escuela comparta esta información con el personal escolar según las necesidades de conocimientos para precaución, procedimientos o planes de emergencia para proteger a su hijo en la escuela. Además, usted está de acuerdo en notificar a la escuela de cualquier cambio mayor en la condición física de su estudiante.

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre/tutor _____