

Student Name/Nombre del Estudiante: _____

DOB/fecha de nacimiento: _____ Grade/grado: _____ ID#: _____ School Year: _____

Has your child had any of the health problems listed below? Please explain if you answer yes.
¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los problemas de salud enlistados? Explique por favor si contesta sí.

| Condition/Condición: | Yes/Sí | No | Elaboration / Elaboración: |
|--|---------------|-----------|---|
| Allergy- Seasonal, Environmental, Food, medication. <i>Alergias Estacionales, ambientales, de alimentos, medicamentos</i> | | | to what?/¿a qué? |
| <p>***"Severe food allergy means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medication attention. If it is not listed, there will be an understanding that your child does not have any allergies.***</p> | | | |
| <p>* " <i>Alergia alimentaria severa significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención medica inmediata. Si no aparece, es entendido de que su hijo(a) no tiene algún tipo de alergia. "</i>***</p> | | | |
| Life threatening allergies/reactions? <i>¿Tiene alergias que amenazan la vida?</i> | | | to what?/¿ a qué? Require medication?/¿Requiere medicamento? |
| Asthma/Asma – A doctor’s written authorization is required to carry and self-administer asthma medication at school. <i>Una autorización escrita por un medico es requerida para que un estudiante cargue y administre su medicina en la escuela.</i> | | | Has a doctor given approval for your child to carry and self-administer the medication in school? <i>¿Le dio el médico una autorización para cargar y administrarse su medecina en la escuela?</i> |
| Mental/Psychological Disorders (Trastornos mentales / psicológicos) – (ADHD/ Depression/Anxiety (Ansiedad)/Autism(o)... | | | If yes, what disorder? <i>¿Que desorden/trastorno?</i> Require medication?/¿Requiere medicamento? |
| Birth defect/Defecto de nacimiento | | | |
| Diabetes/Diabetes | | | |
| Chronic Ear Infection/Infecciones crónicas del oído | | | Has tubes? ¿Tiene tubos? |
| Hearing Problems/problema auditivo | | | Hearing Aids?/¿Aparato para oír? |
| Eye/Ojo - Wears glasses or contacts? <i>¿Usa lentes o contactos?</i> | | | |
| Other Disorders of the Eye/otras enfermedades del ojo | | | |
| Epilepsy/Seizures Epilepsia/Desorden de ataques | | | Date of last seizure?/¿Fecha de último ataque? |
| Hepatitis / Hepatitis | | | Type/Tipo: A B C |
| Kidney/Bladder Problems/Problema de riñón /vejiga | | | |
| Rheumatic Fever/Fiebre Reumática | | | |
| Ulcers/Gastritis/Ulceras/Gastritis | | | |
| Orthopedic/Bone Problems?/¿Problema ortopédico (huesos)? | | | |
| Heart Problems/Problema Cardíaco | | | |
| Doctor ordered restrictions?/¿Restricciones de actividad por orden del doctor? | | | |

Other Conditions or Comments/Otras Condiciones o Comentarios: _____
