



Student Health Information

School Year: _____

Must be Updated Yearly and Returned to your School ASAP

Student Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

Physician/Clinic _____ Phone Number _____

Dentist _____ Phone Number _____

Hospital Preference _____

To insure the health and safety of your child this information may be shared with school district staff or emergency personnel based on a need to know.

Health Concerns	Yes	No	Medication (Name, dosage)	Necessary Monitoring in School	Comments or Describe
Asthma/ Respiratory				Inhaler at School? Y N	
Severe Allergies				Food Latex Insects	Type of reaction: Date of Last reaction:
Diabetes					
Head Injury					
Seizures/ Neurological					Type and date of last episode
Heart/Blood					
Muscles/Bones/ Joint/Skin					
Bladder/Kidney					
Stomach/ Intestine/Bowels					
Immune Problems					
Emotional/ Behavioral					
Hearing Concerns				Hearing Aide? Preferential seating?	
Vision Concerns				Glasses or Contacts? Reading Only?	
Growth/Nutrition Concerns				Dietary restrictions (ie. Pork, vegetarian, gluten, etc.)?	Type:
Developmental Concerns					
Other Health Concerns					

If your child becomes ill or injured, the school will attempt to call the parent/guardian at home or at work. If you cannot be reached, the school will attempt to call the emergency contact. In case of serious accident/injury/illness, 911 will be called if necessary.

Signature: _____

Date: _____

Información Sobre la Salud del Estudiante

año escolar: _____

Debe ser actualizado anualmente y ser devuelta a la escuela a la mayor brevedad posible.

Nombre del estudiante _____ Año de nacimiento _____ Grado _____

Médico/Clínica _____ Número de teléfono _____

Dentista _____ Número de teléfono _____

Hospital de preferencia _____

Esta información puede ser compartida con el personal del distrito escolar y personal de emergencia para proteger la salud y la seguridad de su hijo(a).

Preocupaciones de salud	Sí	No	Medicamento (Nombre, dosis)	Seguimiento necesario en la escuela	Comentarios o descripciones
Asma/Respiratorio				¿Inhalador en la escuela? Sí No	
Alergias graves				Comida Látex Insectos	Tipo de reacción: Fecha de la última reacción:
Diabetes					
Lesión en la cabeza					
Convulsiones/ Neurológicos					Tipo y fecha de la última convulsión
Corazón/sanguíneo					
Músculos/Huesos/ Articulación/Piel					
Vejiga/Riñón					
Estómago/ intestino					
Problemas de inmunidad					
Emocional/ Comportamiento					
Problemas de oído				¿Problemas al escuchar? ¿Preferencia de dónde sentarse?	
Problemas de la vista				¿Gafas o lentes de contacto? ¿Problema sólo al leer?	
Problemas de Crecimiento/Nutrición				Restricciones alimenticias (ejemplo: puerco, vegetariano, gluten, etcétera)	Tipo:
Preocupación por su desarrollo					
Otras preocupaciones					

Si su hijo/a se enferma o se lesiona, la escuela intentará llamar a los padres o tutores en casa o en su trabajo. Si no nos podemos comunicar con usted, la escuela intentará llamar a uno de los contactos de emergencia. En caso de un daño serio, llamaremos al 911.

Firma: _____

Fecha: _____