



Nurse Review Date/Initial: _____

STUDENT HEALTH INFORMATION

Information on this form to be filled out (updated) for each new school year.
Please return completed form to your school nurse as soon as possible.

Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: Male Female Non-Binary

School: _____ Grade: _____ Date: _____

My child **DOES NOT HAVE** any health concerns/conditions. (If marked, go to Part "D")

A. SPECIAL HEALTH CONCERNS

◆ Please list medication/s: _____

* **Diabetes**— Date of Diagnosis: _____ My child has: insulin pump insulin pen injected insulin

* **Seizure Disorder**: My child needs emergency medication for **Seizures**.

Special Health Care Planning- My child has special health care needs such as—wheelchair, tube feedings, breathing tube, catheter, intravenous tubes or other. Please describe your child's condition: _____

B. LIFE THREATENING CONDITIONS

◆ Please list medication/s: _____

* **ASTHMA** *Severe (If this box is checked, please answer the following questions):

Yes No Does your child use a rescue inhaler routinely for asthma symptoms?

Yes No Has your child been hospitalized for asthma in the past year?

Yes No Has your child used steroids (prednisone) for asthma symptoms in the past year?

If "Yes" to above please list triggers: Food Animals Pollen Dust Exercise Other _____

If "No" to above or if your child has mild or moderate asthma, see box below "Health History—Non Life Threatening")

* **ALLERGY/ANAPHYLAXIS** *Severe (child uses an Epinephrine prescription— example: Epipen, AUVI-Q)

(If your child has mild or moderate allergies, see box below "Health History—Non Life Threatening")

Please list Allergens (for example: fish, nuts) _____

Reaction with exposure: Difficulty breathing Rash Swelling of lips, tongue or mouth Itching Other _____

C. HEALTH CONDITIONS-NON LIFE THREATENING

◆ Please list medication/s: _____

Check any of the following conditions your child has had or may have:

Asthma (Mild / Moderate / Exercise Asthma - circle one)

Allergies (Mild / Moderate - circle one) Allergens: _____

Hearing Concerns: Hearing aids: No / Yes: R L

Vision Concerns: Glasses Contacts

ADD/ADHD Dental Serious Injury

Blood Disorder Depression/Anxiety Social/Emotional

Bowel/Bladder Heart/Cardiac Concerns Behavioral

Cancer Orthopedic/Bone Concerns Other _____

◆ Students requiring medications during the school day (prescription, over the counter, or herbal) **MUST** have a written Medication Authorization Form (MAF) from their health care provider **with** signature of parent.

D. 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 Name (Printed): _____ Parent/Guardian Signature: _____

Primary Phone Number: _____ Alternate Phone Number: _____



INFORMACION DE SALUD

Nurse Review Date/Initial: _____

La información en este formulario debe ser llenada (actualizada) cada año escolar.
Por favor complete y regrese a la enfermera de la escuela lo más pronto posible.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo Masculino Femenino No-binario

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Mi hijo **NO TIENE** problemas de salud/condiciones. (Vaya a la parte "D" si lo ha marcado)

A. PROBLEMAS DE SALUD

◆ Lista de medicamentos: _____

- * **Diabetes**—Fecha del diagnóstico: _____ Mi hijo tiene: bomba de insulina pluma de insulina inyección de insulina
- * **Trastorno convulsivo:** Mi hijo necesita medicamentos de emergencia para **Convulsiones**.
- Plan de cuidado de salud especial-** Mi hijo tiene necesidad de cuidado de salud especial tal como— silla de rueda, sonda de alimentación, tubo respiratorio, catéter, tubos intravenosos u otros. Por favor describa la condición de su hijo: _____

B. CONDICIONES DE VIDA O MUERTE

◆ Lista de medicamentos: _____

* **ASMA** *Severa (Si marca esta caja, por favor conteste las siguientes preguntas):

- Si No ¿Su hijo necesita usar un inhalador de rescate rutinariamente para síntomas de asma?
- Si No ¿Su hijo ha estado hospitalizado por asma durante el último año?
- Si No ¿Su hijo ha usado esteroides (Prednisona) por asma durante el último año?

Si "Si" a lo anterior por favor liste que lo provoca: Comida Animales Polen Polvo Ejercicio Otro _____
Si "No" a lo anterior o si su hijo tiene asma leve o moderada, vea el cuadro siguiente "Historial clínico"—No amenazante de la vida

* **ALERGIA/ANAFILAXIA** * Severa (el niño tiene una receta para Epinefrina— ejemplo: Epipen, AUVI-Q)

(si su hijo tiene asma leve o moderada, vea el cuadro a continuación "Historial clínico"—No amenazante de la vida)

Por favor liste los Alérgenos (por ejemplo: pescado, nueces) _____

Reacción a la exposición: Dificultad al respirar Sarpullido Inflamación de labios, lengua o boca Comezón Otro _____

C. CONDICIONES DE SALUD-NO AMENAZANTE DE LA

◆ Lista de medicamentos: _____

Marque cualquiera de las siguientes condiciones que su hijo ha tenido o puede tener:

- Asma (Leve / Moderada / Asma por ejercicio – circule uno)
- Alergias (Leve / Moderada – circule uno) Alérgenos: _____
- Preocupación auditiva: Audífonos: No / Si: D I
- Preocupación de la visión: Lentes Contactos
- ADD/THDA
- Trastorno sanguíneo
- Intestino/vejiga
- Cáncer
- Dental
- Depresión/Ansiedad
- Preocupaciones corazón/Cardíaco
- Preocupaciones ortopédica/hueso
- Lesión grave
- Comportamiento Socio/Emocional
- Otro _____

◆ Los estudiantes que requieren medicamentos durante el día escolar (recetas, medicamentos sin receta médica o hierbas) DEBEN tener el formulario de Autorización médica (MAF) de su proveedor de salud con firma del padre.

D. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL HISTORIAL DE SALUD

Esta información sobre la salud del estudiante con la escuela, se limita a la información necesaria para las necesidades de salud o educativos del estudiante. Su firma le otorga permiso a la enfermera de la escuela para compartir esta información con el personal de la escuela según las necesidades de conocer las precauciones, los procedimientos y los planes de emergencia para proteger a su hijo en la escuela. Además, usted está de acuerdo de notificar a la escuela sobre cualquier **cambio importante** en la condición física de su estudiante.

Nombre del padre/tutor: _____ Firma del padre/tutor: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____