

DARE COUNTY DHHS: PUBLIC HEALTH DIVISION
MEDICAL HISTORY UPDATE: SCHOOL NURSE HEALTH PROGRAM
ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA: PROGRAMA DE SALUD DE LAS ENFERMERAS ESCOLARES

TO BE COMPLETED BY PARENT / GUARDIAN
 PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR

Requested for Kindergarten, 3rd, 6th, and 9th grade students, new students, and any student with a change in medical history
Solicitado para los estudiantes de Kindergarten, 3er, 6o, y 9o grado y cualquier estudiante con un cambio en la historia médica

Student's Name/Nombre del Estudiante: _____
 Date of Birth/Fecha de nacimiento _____ Grade/Grado _____ School/Escuela _____

Parent/Guardian Name/Nombre de Padre/Tutor _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION : INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA			
Parent/Guardian 1: primary number _____ <i>Padre/Tutor 1: numero primario</i>	Parent/Guardian 2: primary number _____ <i>Padre/Tutor 2: numero primario</i>		
Persons to contact if parent/guardian cannot be reached/ <i>Personas para contactar si no se puede contactar a los padres/tutores:</i>			
Name/Nombre: _____	Phone number/Numero de telefono _____		
Name/Nombre: _____	Phone number/Numero de telefono _____		

Please complete the following checklist and give details below for any *current diagnosed* medical condition.
Por favor complete la siguiente lista de verificación y dé detalles a continuación para cualquier condición médica diagnosticada actualmente.

This is confidential information and will be used by the school nurse and professional staff.
Esta es información confidencial y será utilizada por la enfermera escolar y el personal profesional.

	YES	NO
Allergies (food, environmental) Alergias (alimentos, ambientales)		
ADHD / ADD / Attention – Learning TDAH / TDA / Déficit de la Atención		
Anemia (include Sickle Cell) Anemia (incluye células falciformes)		
Arthritis : Artritis		
Asthma : Asma		
Autism Spectrum Disorder Trastorno del Espectro Autista		
Back/Neck Injury Lesión de la espalda/cuello		
Bladder / Kidney Disease Enfermedad de la vejiga / riñón		
Bleeding / Clotting Disorder Trastorno de sangrado / coagulación		
Cancer / Leukemia : Cáncer / leucemia		
Cerebral Palsy : Parálisis cerebral		
Cystic Fibrosis : Fibrosis quística		
Dental Conditions : Condiciones dentales		
Chickenpox : Varicela		
Convulsion/ Seizures : Convulsiones		
Diabetes or hypoglycemia Diabetes o hipoglucemia		
Emotional / Behavioral : Emocional / conductual		

	YES	NO
Gastrointestinal / Stomach / Bowel Gastrointestinal / Estómago / Intestino		
Genetic Disorder : Trastorno genético		
Head Injury / Concussion Lesión en la cabeza		
Headaches : Dolores de cabeza		
Hearing Loss : Pérdida auditiva		
Heart Condition / Murmur Condición cardíaca / soplo		
Hepatitis : Hepatitis		
Lead poisoning Envenenamiento de plomo		
Lung Disease / Tuberculosis Enfermedad pulmonar		
Mononucleosis : Mononucleosis		
Obesity : Obesidad		
Orthopedic / Bone problems or fractures Problemas o fracturas óseas / ortopédica		
Prematurity (<32 weeks EGA) Prematuridad (<32 semanas de edad gestacional estimada)		
Surgery : Cirugía		
Speech problems : Problemas del habla		
Vision Loss / Correction Pérdida de la visión		
Other (explain below) : Otra cosa (explique a continuación)		

Continue/Continuar →

Please give details and dates to all of the above marked **YES**
*Por favor, proporcione detalles y fechas de todo lo anterior marcado **SI***

Is the student currently under any kind of medical care or treatment? _____ YES/Si _____ NO
¿El estudiante está actualmente bajo algún tipo de atención o tratamiento médico?

Explain/Explique: _____

Is the student taking any medication; including inhaler type, on a regular basis (prescription or non-prescription)?
¿El estudiante está tomando algún medicamento; incluyendo algún tipo de inhalador regularmente (con receta o sin receta)?
_____ YES/Si _____ NO

Will any of these medications need to be administered at school? _____ YES/Si _____ NO
¿Será necesario administrar algunos de estos medicamentos en la escuela?

List the medication, dose, times and reasons for taking.
Enumere los medicamentos, la dosis, los tiempos y las razones para tomarla.

Is there any other information that you would like us to know?
Hay otra información que le gustaría que nosotros sepamos?

Date of last Physical exam _____ Medical Provider _____ Phone (____) _____
Fecha del último examen físico _____ Proveedor médico _____ Telefono _____

My child is covered by the following health insurance: (please check all that apply)
Mi hijo está cubierto por el siguiente seguro médico (por favor marque todos los que correspondan):

Private Health Insurance Medicaid Health Choice
Seguro médico privado

Dental Insurance None
Seguro dental Nada

Parent / Guardian Signature _____ Date _____
Firma del padre/tutor Fecha