

BIRMINGHAM COMMUNITY CHARTER HIGH SCHOOL

HEALTH QUESTIONNAIRE FOR SCHOOL ENROLLMENT (REQUIRED)

Student Name _____ Gender _____ D.O.B _____

Name of person completing form _____

Phone Number (____) _____ Cell Phone (____) _____

Relation to student ___ Parent ___ Guardian ___ Grandparent ___ other _____

Does your student have health insurance? ___ NO ___ YES

List students' health diagnosis: _____

Does your student have a history of any of the following health conditions?

___ Asthma ___ Diabetes ___ Severe allergies to: _____

___ Seizure/Convulsion type: _____ Date of last convulsion: _____

___ Other health condition: _____

Does your student take medicine on a daily basis? ___ NO ___ YES

If Yes: Medication/Dose/Frequency _____

Does your student need medical treatments? ___ NO ___ YES

If Yes: Please check the medical treatments that will be needed:

___ Blood Glucose (Sugar) Testing ___ Insulin ___ Glucagon for severe low blood sugar
___ G-Tube Feedings/Care ___ Epi-Pen for severe allergic reactions ___ Mechanical
Nebulizer ___ Ostomy Care ___ Oxygen ___ Tracheotomy Suctioning/Care ___ Urinary
Catheterization ___ Feeding ___ Toileting ___ Other _____

Does your student have a vision problem? ___ NO ___ YES

If Yes: Indicate the vision impairment? _____

Does your student have a diagnosed hearing impairment? ___ NO ___ YES

Does your student have a history of surgery within the last 2-3 years? ___ NO ___ YES

Type of surgery _____

Does your student need assistance walking? ___ NO ___ YES

If Yes: Indicate ___ Crutches ___ Walker ___ Wheel Chair

Does your student have an IEP _____ 504 _____ Counseling _____?

Other: _____

Date form completed: _____ Phone (____) _____

Parent Signature _____

BIRMINGHAM COMMUNITY CHARTER HIGH SCHOOL

FORMULARIO DE SALUD PARA LA MATRICULACION ESCOLAR (REQUERIDO)

Nombre del Estudiante _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de la persona que completo este formulario _____

Teléfono (_____) _____ Teléfono Móvil (_____) _____

Relación al estudiante: ____ Padre/s ____ Tutor legal ____ Abuelos ____ Otra _____

El estudiante tiene seguridad medica? ____ No ____ Si

El estudiante tiene o ha tenido algunas de las siguientes condiciones de salud?

____ Asma ____ Diabetes ____ Alergias graves: _____
____ Tipo de Asimiento/convulsión: _____ Fecha de la última convulsión _____
____ Otra condición de salud: _____

El estudiante de tomar medicina diariamente? ____ No ____ Si

Si Toma: Medicamento/Dosis/Frecuencia _____

El estudiante ocupa atención medica ¿ ____ No ____ Si

Por favor marque los tratamientos médicos que van hacer necesitados:

____ Prueba de la Glucosa (azúcar) de la sangre ____ Insulina ____ Glucagón para la azúcar de sangre baja Epi-Pen (medicina) para una reacción alérgica grave ____ Alimentaciones por G-Tube / Cuidado ____ Tratamientos del nebulizador mecánico para el asma ____ Cuidado de la colostomía ____ Oxígeno ____ Succión traqueotomía / Cuidado ____ Cateterización Urinaria ____ Ayuda de una maquina (ventilador) para respirar Otra _____

El estudiante tiene problemas de la visión? ____ No ____ Si

Si tiene: Indique cual _____

El estudiante tiene un problema auditivo diagnosticado? ____ No ____ Si

El estudiante tiene un historial de operaciones/cirugía dentro los pasados 2-3 anos?

____ NO ____ Si **Que Tipo** _____

El estudiante necesita asistencia para caminar? ____ NO ____ Si

Si tiene: Indique cual ____ Muletas ____ Andador ____ Silla de ruedas

El estudiante tiene un IEP _____ 504 _____ Consejería _____

Otra _____

Fecha cuando el formulario fue completo: _____ Teléfono _____

Firma del Padre/Tutor _____