Newport-Mesa
Unified School District

Child's Full Name | Date of Birth | School | Grade

Today's Date | Father/Guardian's Name | Mother/Guardian's Name

Please tell us if your student currently has or has had a history of any of the following conditions by checking the boxes below. Explain "yes" answers in the section below. Please complete and return to your school site.

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
☐	☐	ADD	☐	☐	COVID-19, History of	☐	☐	OCD
☐	☐	Addison's Disease	☐	☐	Crohn's Disease	☐	☐	Organ Transplant
☐	☐	ADHD	☐	☐	Cystic Fibrosis	☐	☐	Prosthesis
☐	☐	Allergy	☐	☐	Deafness	☐	☐	Psychosis
☐	☐	Anaphylaxis	☐	☐	Depression	☐	☐	Reactive Airway
☐	☐	Anemia	☐	☐	Developmental Disorder	☐	☐	Reflux
☐	☐	Anorexia	☐	☐	Diabetes Type I	☐	☐	Schizophrenia
☐	☐	Anxiety	☐	☐	Diabetes Type II	☐	☐	Scoliosis
☐	☐	Arthritis	☐	☐	Dietary Restrictions	☐	☐	Seizure Disorder
☐	☐	Assistive Devices	☐	☐	Down's Syndrome	☐	☐	Severe Allergy
☐	☐	Asthma	☐	☐	Eczema	☐	☐	Sickle Cell Anemia
☐	☐	Autism	☐	☐	Gastric Ulcer/GERD	☐	☐	Skin Disorder
☐	☐	Auto Immune Disorder	☐	☐	Growth Disorder	☐	☐	Speech Impairment
☐	☐	Behavioral Disorder	☐	☐	Headache	☐	☐	Spinal Cord Injury
☐	☐	Bipolar Disorder/Mood Disorder	☐	☐	Hearing Impairment	☐	☐	Substance Abuse
☐	☐	Bladder Condition	☐	☐	Heart Condition	☐	☐	Thyroid Disorder
☐	☐	Bleeding Disorder	☐	☐	Hodgkin's Disease	☐	☐	Tourette's Syndrome
☐	☐	Bowel Condition	☐	☐	Leukemia	☐	☐	Vision Impairment
☐	☐	Brain Injury	☐	☐	Lyme Disease	☐	☐	Wheelchair Bound
☐	☐	Bulimia	☐	☐	Medication	☐	☐	Other
☐	☐	Cancer	☐	☐	Migraine Headache			
☐	☐	Cerebral Palsy	☐	☐	Muscular Dystrophy			
☐	☐	Concussion	☐	☐	No Blood Transfusion			
☐	☐	Color Deficiency						

If yes, please describe the illness or injury: _____

Indicate any medication your child is required to take both at school and/or at home.
Medication at School (name, dosage, time to be given): _____

Medication at Home (name, dosage): _____

My child has the following health insurance. (circle one) None Medi-Cal Private Insurance

Please complete the following:

Child's Dentist (Please Print) | Dentist's Telephone Number | Date Last Seen

Child's Doctor (Please Print) | Doctor's Telephone Number | Date Last Seen

Child's Doctor (Please Print) | Doctor's Telephone Number | Date Last Seen

Child's Doctor (Please Print) | Doctor's Telephone Number | Date Last Seen

Staff Only: Reviewed by _____ Date _____

Newport-Mesa
Unified School District

FORMULARIO DE SALUD

Nombre completo del alumno | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado

Fecha de hoy | Nombre del padre/ tutor legal | Nombre de la madre/tutor legal

Indique por favor si su estudiante ha tenido alguna de las siguientes condiciones marcando el recuadro que corresponda. Si su respuesta es "sí", explique por favor en la sección de abajo. Por favor, llene y entregue en su escuela.

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Trastorno de Déficit de Atención (ADD)	☐	☐	Deficiencia visual para el color	☐	☐	OCD
☐	☐	Enfermedad de Addison	☐	☐	COVID-19, Historia de	☐	☐	Trasplante de Órganos
☐	☐	Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención (ADHD)	☐	☐	Enfermedad de Crohn	☐	☐	Prótesis
			☐	☐	Fibrosis Cística	☐	☐	Psicosis
☐	☐	Alergias	☐	☐	Sordera	☐	☐	Hiperreactividad Bronquial
☐	☐	Anafilaxia	☐	☐	Depresión	☐	☐	Reflujo
☐	☐	Anemia	☐	☐	Trastorno del Desarrollo	☐	☐	Esquizofrenia
☐	☐	Anorexia	☐	☐	Diabetes Tipo I	☐	☐	Escoliosis
☐	☐	Ansiedad	☐	☐	Diabetes Tipo II	☐	☐	Epilepsia
☐	☐	Artritis	☐	☐	Restricciones en la Dieta	☐	☐	Alergia Severa
☐	☐	Dispositivos/Aparatos de Ayuda	☐	☐	Síndrome de Down	☐	☐	Anemia de Células Falciformes
☐	☐	Asma	☐	☐	Eczema	☐	☐	Enfermedades de la Piel
☐	☐	Autismo				☐	☐	Trastorno del Habla
☐	☐	Trastorno Autoinmunitario	☐	☐	Úlcera Gástrica/Reflujo Gastroesofágico (GERD)	☐	☐	Lesión de la Médula Espinal
☐	☐	Trastorno de la Conducta	☐	☐	Trastornos del Desarrollo	☐	☐	Abuso de Sustancias
☐	☐	Trastorno Bipolar/Trastorno del Estado de Ánimo	☐	☐	Dolores de Cabeza	☐	☐	Trastorno de la Tiroides
			☐	☐	Trastornos de Audición	☐	☐	Síndrome de Tourette
☐	☐	Problemas Urinarios/de la Vejiga	☐	☐	Enfermedades del Corazón	☐	☐	Problemas de la Visión
☐	☐	Trastornos Hemorrágicos	☐	☐	Enfermedad de Hodgkins	☐	☐	Confinado(a) a Silla de Ruedas
☐	☐	Enfermedades Intestinales	☐	☐	Leucemia	☐	☐	Otra
☐	☐	Lesión Cerebral	☐	☐	Enfermedad de Lyme			
☐	☐	Bulimia	☐	☐	Medicación			
☐	☐	Cáncer	☐	☐	Migraña			
☐	☐	Parálisis Cerebral	☐	☐	Distrofia Muscular			
☐	☐	Concusión	☐	☐	No Transfusión de Sangre			

Si su respuesta es sí, describa la enfermedad o lesión: _____

Indique cualquier medicamento que su niño(a) requiera tomar tanto en la escuela como en su casa.
Medicamento en la escuela (nombre, dosis, horario): _____

Medicamento en la casa (nombre, dosis): _____

Mi niño tiene seguro médico en el siguiente programa. (circule uno) No Tiene Medi-Cal Seguro Particular
Complete lo siguiente por favor:

Nombre del dentista del niño(a) | Teléfono del médico | Fecha de la última visita

Nombre del médico del niño(a) | Teléfono del médico | Fecha de la última visita

Nombre del médico del niño(a) | Teléfono del médico | Fecha de la última visita

Nombre del médico del niño(a) | Teléfono del médico | Fecha de la última visita

Staff Only: Reviewed by _____ Date _____