

STUDENT HEALTH INFORMATION

Please fill in ALL sections. If a section does not apply to your child, please write "N/A"

STUDENT'S LEGAL NAME: Nombre de estudiante:		TODAY'S DATE: Fecha de hoy:	
CURRENT ADDRESS: Direccion:			
DATE OF BIRTH: Fecha de nacimiento:	HEIGHT: Altura:	WEIGHT: Peso:	
NAMES OF PARENTS/GUARDIANS: Nombres de los padres:			
Preferred email address: Direccion de correo electrónico preferida:			
Preferred phone number: Número de teléfono preferido:			
Preferred language: Idioma preferido:			
Do you have a SDRC case worker? Yes or No If yes name and email/phone number ¿Tiene un asistente social de SDRC? Sí o No En caso afirmativo, nombre y correo electrónico/número de teléfono			
Home district distrito de origen			
EMERGENCY CONTACTS: Contacto de emergencia:	CONTACT'S HOME PHONE: Numero de teléfono de casa:	CONTACT'S CELL PHONE: Numero del celular:	
1.			
2.			
3.			
4.			
DIAGNOSIS: Diagnosis:			
FOOD, DRUG, OR LATEX ALLERGIES: Alergias de comida, medicamento, o alergia al latex:			
Epi-Pen: Yes or No	Diastat: Yes or No	Valtoco	Yes or No
NUTRITION/DIET: Nutricion/dieta:			
PRIMARY DOCTOR: Doctor Primario:		PHONE #: # de telefono:	
DOCTOR & SPECIALTY: Doctor y especialidad:		PHONE #: # de telefono:	
DOCTOR & SPECIALTY: Doctor y especialidad:		PHONE #: # de telefono:	
DOCTOR & SPECIALTY: Doctor y especialidad:		PHONE #: # de telefono:	
COMMENTS: Comentarios:			
IF GIVEN A CHOICE, WHICH HOSPITAL WOULD YOU LIKE YOUR CHILD TO BE TAKEN TO IN AN EMERGENCY? ¿En caso de emergencia y si se da la opción, cual hospital prefería usted que lo recibiera?			
MEDICATIONS: Medicamentos:			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

STUDENT HEALTH INFORMATION CONTINUED

LIST SPECIFIC HEALTH PROBLEMS AND ACTIVITY LIMITATIONS: Lista de problemas específicas de salud o limitaciones de actividad:				
VISION DIFFICULTY? <i>yes / no</i> ¿Dificultades de visión? <i>Si/No</i>	WEARS GLASSES? <i>yes / no</i> ¿Usa lentes? <i>Si/No</i>	LAST VISION CHECK? ¿Última examen de visión?	HEARING DIFFICULTY? <i>yes / no</i> ¿Dificultades de oír? <i>Si/No</i>	EAR INFECTIONS (HOW OFTEN?): ¿Infecciones de oído (¿frecuencia?)
HEARING AIDES? <i>Yes/No</i> ¿AUDÍFONOS? <i>Si No</i>	ALLERGIES?: <i>Yes / No</i> ¿Alergias?: <i>Si/No</i>	WHAT TYPE? ¿Tipo?:		
IF ALLERGIC TO BEE STING, HOW SEVERE IS THE REACTION? ¿Si tiene alergia de picadura de abeja, de que gravedad es la reacción?				
IMMUNIZATIONS UP TO DATE? ¿Están corrientes las vacunas?				
HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING? "X" OR CIRCLE IF ANSWER IS YES AND INDICATE YEAR(S): ¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes? Marca con "X" o circula si la respuesta es "si" o "no" y indica año(s):				
ASTHMA: Asma:	DIABETES: Diabetes:	HEART DISEASE: Enfermedad de corazón:	OSTEOPOROSIS: Osteoporosis:	
SEIZURE DISORDER: Convulsiones:	CHICKEN POX: Varicela:	HEAD INJURY: Lesión en la cabeza	SINUSITIS: Sinusitis:	
CHRONIC CONGESTION: Congestión crónica:	HAY FEVER: Fiebre de heno:	TUBERCULOSIS: Tuberculosis:		
FAINTING: Desmayo:	DIFFICULTY SLEEPING: Dificultades de dormir:	PNEUMONIA: Neumonía:		
DOES YOUR CHILD HAVE A HISTORY OF CHRONIC CONSTIPATION? <i>Yes / No</i> ¿Su hijo tiene un historial de estreñimiento crónico? <i>Si/No</i> IF YES, PLEASE WRITE TREATMENT PLAN: En caso afirmativo, por favor escriba plan de tratamiento:				
DOES YOUR CHILD HAVE A SHUNT? <i>yes / no</i> ¿Su niño tiene una derivación? <i>Si/No</i>		WHEN WAS IT PUT IN? ¿Cuándo se lo pusieron?		
SPECIAL CARE OR PRECAUTIONS: Cuidado especial o precaución:				
OPERATIONS (PLEASE LIST TYPE OF SURGERY & DATES): Operaciones (favor de poner en lista el tipo de cirugía y fechas):				
OTHER INFORMATION: Otro Informacion:				
DISASTER PREPAREDNESS PLAN INFORMATION: IN CASE OF DISASTER (EARTHQUAKE, FLOOD, ETC), CHILDREN WILL NOT BE RELEASED TO ANYONE EXCEPT PARENTS/GUARDIANS OR THOSE LISTED IN "EMERGENCY CONTACTS." Preparación para Desastres de Información del Plan: <i>En caso de desastre (terremoto, inundación, etc), los niños no se serán liberados a nadie, excepto a los padres / tutores o aquellos mencionados en los "contactos de emergencia."</i>				
PARENT'S SIGNATURE: Firma de padre:			DATE: Fecha:	
*SECTION IS TO BE COMPLETED BY FRIENDSHIP SCHOOL NURSE *Sección de abajo estará completado por la enfermera				
Date received: _____		Friendship School Nurse's Signature: _____		