

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: Dirreccion:			
DATE OF BIRTH: Fecha de nacimiento:	HEIGHT: Altura:	WEIGHT: Peso:	
NAMES OF PARENTS/GUARDIANS: Nombres de los padres:			
Preferred email address: Dirección 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.			

FORM 1, page 1 of 2

Updated March 2023 for the 2023-2024 school year

Effective entire 2023-2024 school year

Lista de problemas especificas de salud o limitaciones de actividad:

VISION DIFFICULTY? <i>yes / no</i> WEARS GLASSES? <i>yes / no</i> LAST VISION CHECK? HEARING DIFFICULTY? <i>yes / no</i> EAR INFECTIONS (HOW OFTEN?): <i>¿Dificultades de vision? Si/No</i> <i>¿Usa lentes? Si/No</i> <i>¿Ultima examen de vision?</i> <i>¿Dificultades de oir? Si/No</i> <i>¿Infecciones de oido (¿frecuencia?)</i>				
HEARING AIDES? <i>Yes/ No</i> ALLERGIES?: <i>Yes / No</i> WHAT TYPE? <i>¿AUDIFONOS? Sí No</i> <i>¿Alergias?: Si/No</i> <i>¿Tipo?:</i>				
IF ALLERGIC TO BEE STING, HOW SEVERE IS THE REACTION? <i>¿Si tiene alergia de picadura de abeja, de que gravedad es la reacción?</i>				
IMMUNIZATIONS UP TO DATE? <i>¿Estan corrientes las vacunas?</i>				
HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING? " X " OR CIRCLE IF ANSWER IS YES AND INDICATE YEAR(S): <i>¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes? Marca con "X" o circula si la respuesta es "si" o "no" y indica año(s):</i>				
ASTHMA: <i>Asma:</i>	DIABETES: <i>Diabetes:</i>	HEART DISEASE: <i>Enfermedad de corazón:</i>	OSTEOPOROSIS: <i>Osteoporosis:</i>	
SEIZURE DISORDER: <i>Convulsiones:</i>	CHICKEN POX: <i>Varicela:</i>	HEAD INJURY: <i>Lesión en la cabeza</i>	SINUSITIS: <i>Sinusitis:</i>	
CHRONIC CONGESTION: <i>Congestión crónica:</i>	HAY FEVER: <i>Fiebre de heno:</i>	TUBERCULOSIS: <i>Tuberculosis:</i>		
FAINTING: <i>Desmayo:</i>	DIFFICULTY SLEEPING: <i>Dificultades de dormir:</i>	PNEUMONIA: <i>Neumonía:</i>		
DOES YOUR CHILD HAVE A HISTORY OF CHRONIC CONSTIPATION? <i>Yes / No</i> <i>¿Su hijo tiene un historial de estreñimiento crónico? Si/No</i> IF YES, PLEASE WRITE TREATMENT PLAN: <i>En caso afirmativo, por favor escriba plan de tratamiento:</i>				
DOES YOUR CHILD HAVE A SHUNT? <i>yes / no</i> WHEN WAS IT PUT IN? <i>¿Su niño tiene una derivación? Si/No</i> <i>¿Cuando se lo pusieron?</i>				
SPECIAL CARE OR PRECAUTIONS: <i>Cuidado especial o precaución:</i>				
OPERATIONS (PLEASE LIST TYPE OF SURGERY & DATES): <i>Operaciones (favor de poner en lista el tipo de cirugía y fechas):</i>				
OTHER INFORMATION: <i>Otro Informacion:</i>				
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 a aquellos mencionados en los "contactos de emergencia."</i>				
PARENT'S SIGNATURE: <i>Firma de padre:</i>			DATE: <i>Fecha:</i>	
*SECTION IS TO BE COMPLETED BY FRIENDSHIP SCHOOL NURSE <i>*Sección de abajo estara completado por la enfermera</i>				
Date received: _____		Friendship School Nurse's Signature: _____		

FORM 1, page 2 of 2

Updated March 2023 for the 2023-2024 school year

Effective entire 2023-2024 school year