



# Wilson School District #7 Medical History and Treatment form

STUDENT: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_

WORK PHONE: \_\_\_\_\_

1. My child has a food/ insect/ medication ALLERGY: ( ) NO ( ) YES

Allergy to: \_\_\_\_\_

2. Please note any health problem, physical handicap, emotional difficulty, behavioural problem:

\_\_\_\_\_

3. Has your child ever been hospitalized for a medical condition? ( ) NO ( ) YES

What was the diagnosis? \_\_\_\_\_

4. My child's immunization/shots are current and up to date: ( ) NO ( ) YES

5. My child has the following issues or common complaints:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                 | <input type="checkbox"/> Sensitive Skin | <input type="checkbox"/> Eczema/ Dry Skin      | <input type="checkbox"/> Frequent Nosebleeds |
| <input type="checkbox"/> Ear Aches              | <input type="checkbox"/> Sinus          | <input type="checkbox"/> Seizures/ Convulsions | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure |
| <input type="checkbox"/> Dizziness/Fainting     | <input type="checkbox"/> Frequent Colds | <input type="checkbox"/> Headaches/Migraines   | <input type="checkbox"/> Depression/Anxiety  |
| <input type="checkbox"/> Tonsillitis/Throat     | <input type="checkbox"/> ADHD/ ADD      | <input type="checkbox"/> Hearing/Vision        | <input type="checkbox"/> Heart Problems      |
| <input type="checkbox"/> Eye Infections/Allergy | <input type="checkbox"/> Bronchitis     | <input type="checkbox"/> Urinary Problems      | <input type="checkbox"/> Diabetes            |

6. My child wears glasses ( ) Yes ( ) No      Contact lenses ( ) Yes ( ) No

7. Medications: In case of a minor illness, my child may receive the following medications from the School Nurse or a person designated by the principal: (Please Circle)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tylenol/ Acetaminophen for pain/fever                     | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Motrin/ Ibuprofen for severe pain/high fever |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Antibiotic ointment for scrapes/cuts                      | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Bactine for cleaning scrapes/cuts/ pain      |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Hydrogen peroxide for cleaning scrapes/cuts               | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Calamine/Calagel lotion for rashes/ itching  |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Vick's Chest Rub for cough/headaches                      | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sterile eye wash                             |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Campho-phenique gel for insect bites                      | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Benzocaine gel for tooth pain                |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cough Drops (4 <sup>th</sup> -8 <sup>th</sup> Grade only) |   |

8. My child has a dietary restriction: ( ) Yes ( ) No Explain: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

*I hereby give permission to the Wilson School District Nurse or authorized personnel to provide necessary treatment for my child and to contact me at the above contact information in the event of an emergency.*

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Wilson School District #7

## Historia Clínica y Forma de Tratamiento

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

1. Mi hijo tiene un alimento / insecto / medicamento ALERGIA: ( ) NO ( ) SÍ

Alergia a: \_\_\_\_\_

2. Tiene cualquier problema de salud, discapacidad física, dificultad emocional, problema de comportamiento?

\_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez su niño ha sido hospitalizado por una condición médica? ( ) NO ( ) SÍ

¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

4. Las vacunaciones / vacunas de mi hijo están actualizadas y actualizadas: ( ) NO ( ) SÍ

5. Mi hijo tiene los siguientes problemas o quejas comunes:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Piel sensible	<input type="checkbox"/> Eczema / Piel Seca	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales
<input type="checkbox"/> Dolores en los oídos	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos	<input type="checkbox"/> Frecuentes resfriados	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Depresión /ansiedad
<input type="checkbox"/> Amigdalitis / Garganta	<input type="checkbox"/> ADHD / ADD	<input type="checkbox"/> Audición / Visión	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón
<input type="checkbox"/> alergias oculares	<input type="checkbox"/> Bronquitis _____	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios	<input type="checkbox"/> Diabetes

6. Mi hijo usa lentes ( ) NO ( ) SÍ      Lentes de contacto ( ) NO ( ) SÍ

7. Medicaciones: En caso de una enfermedad menor, mi hijo puede recibir los siguientes medicamentos de la enfermera escolar o persona que el director(a) asigne: (Por favor marque)

<u>Sí</u> <u>No</u> Tylenol / Acetaminophen para el dolor/ fiebre	<u>Sí</u> <u>No</u> Motrin / Ibuprofeno para dolor severo/ fiebre alta
<u>Sí</u> <u>No</u> Ungüento antibiótico para raspaduras/cortes	<u>Sí</u> <u>No</u> Bactina para limpiar rasguños/cortes/dolor
<u>Sí</u> <u>No</u> Peróxido de hidrógeno para limpiar raspaduras/cortes	<u>Sí</u> <u>No</u> Loción de calamina para mordeduras de insectos/picazón
<u>Sí</u> <u>No</u> Gel de Campho-phenique para picaduras de insectos	<u>Sí</u> <u>No</u> Lavaojos estériles
<u>Sí</u> <u>No</u> Pastillas para la tos (solo grados 4-8)	<u>Sí</u> <u>No</u> Benzocaína para el dolor de dientes
<u>Sí</u> <u>No</u> Vicks Chest Rub para tos/dolores de cabeza	

8. Mi hijo tiene una restricción dietética: ( ) NO ( ) SÍ      Explique: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

*Por la presente, doy permiso a la enfermera o personal autorizado del Distrito Escolar de Wilson para que brinde el tratamiento necesario a mi hijo y para que se ponga en contacto conmigo en la información de contacto indicada arriba en el caso de una emergencia.*

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_