



**State of Alabama Department of Education
Health Assessment Record
School Year: _____ - _____**



To Parent or Guardian:

The purpose of this form is to provide the school nurse with additional information regarding your child's health needs. The school nurse may contact you for further information. The information requested is essential for the school nurse to meet the health needs of your child.

This information will be kept strictly confidential.

To be completed by parent/guardian.

PLEASE PRINT. Return to the School Nurse.

Name of Student (Last, First, Middle)		Birth Date	Sex
Address (Street)		Race/Ethnicity	
(City and Zip code)		<input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> White, not of Hispanic origin <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Black, not of Hispanic origin <input type="checkbox"/> Other	
Home Telephone Number	Cell Telephone Number	School	Grade
Name of Parent/Guardian (Last, First, Middle)			
Transportation			
<input type="checkbox"/> Bus Rider <input type="checkbox"/> Car Rider <input type="checkbox"/> Special Needs Bus <input type="checkbox"/> After School Program			

Part I – Health Information

Place where your child receives regular health care: <input type="checkbox"/> Health Department <input type="checkbox"/> Hospital Clinic <input type="checkbox"/> Community Health Center <input type="checkbox"/> Private Doctor/HMO <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> No regular place	Place where your child receives regular dental care: <input type="checkbox"/> Health Department <input type="checkbox"/> Hospital Clinic <input type="checkbox"/> Community Health Center <input type="checkbox"/> Private Doctor/HMO <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> No regular place	Type of Insurance your child has: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> ALLKIDS <input type="checkbox"/> Other: _____
Physician's Name: _____	Dentist's Name: _____	
Address: _____	Address: _____	
Tel: _____	Tel: _____	

Authorizations:

- I authorize the school nurse, the registered nurse (RN) or licensed practical nurse (LPN), to talk with the physician(s) should a question come up about my child's medical conditions.
- I do NOT authorize the school nurse, the RN or LPN, to talk with the physician(s) should a question come up about my child's medical conditions.
- I authorize for my child to participate in all school health screenings, such as vision, hearing and scoliosis.
- I authorize the yearly review of my child's Certificate of Immunization (Blue Slip) by the local Public Health Department.

FOR OFFICE USE ONLY			
Acuity Scale:			
Level A Nursing Dependent	Level B Medically Fragile	Level C Medically Complex	Level D Health Concerns



**State of Alabama Department of Education
Health Assessment Record
School Year: _____ - _____**



Part II – Medical History

NO KNOWN HEALTH PROBLEMS

(If no, please go directly to the bottom of the page and provide parent/guardian signature.)

<input type="checkbox"/> Attention Deficit Disorder (ADD) OR <input type="checkbox"/> Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	<input type="checkbox"/> Requires medication? <i>(Requires medication authorization from physician)</i> <input type="checkbox"/> To be given while at school?
<input type="checkbox"/> Allergies: Please Specify : <input type="checkbox"/> Food _____ <input type="checkbox"/> Insects _____ <input type="checkbox"/> Environmental _____ <input type="checkbox"/> Medications _____	<input type="checkbox"/> Hives/rash? <input type="checkbox"/> Breathing difficulty? <input type="checkbox"/> Epi-pen? <i>(Requires medication authorization from physician)</i>
<input type="checkbox"/> Asthma:	<input type="checkbox"/> He/She uses an inhaler at school? <i>(Requires authorization from physician)</i> <input type="checkbox"/> He/She uses an inhaler at home?
<input type="checkbox"/> Bleeding Problems: (Hemophilia, Von Willebrand's, frequent nosebleeds)	<input type="checkbox"/> Requires medication? Please explain: <i>(Requires medication authorization from physician)</i>
<input type="checkbox"/> Cancer/Leukemia:	Please explain:
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy:	Please explain:
<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis:	Please explain:
<input type="checkbox"/> Dental Problems:	<input type="checkbox"/> Braces? OR Please explain:
<input type="checkbox"/> Diabetes: <i>(Requires medication and procedure authorization from physician)</i> <input type="checkbox"/> Type 1 Diabetic <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetic	<input type="checkbox"/> Monitors Blood Sugars while at school? <input type="checkbox"/> Requires Insulin at school? <input type="checkbox"/> Glucagon order? <input type="checkbox"/> Insulin pump? <input type="checkbox"/> Managed with diet?
<input type="checkbox"/> Emotional/Behavioral/Psychological: Please explain:	
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal/Stomach Problems: Please explain:	
<input type="checkbox"/> Genetic Disorder: Please explain:	
<input type="checkbox"/> Headaches: Please explain:	
<input type="checkbox"/> Hearing Problems:	<input type="checkbox"/> Right Ear <input type="checkbox"/> Left Ear <input type="checkbox"/> Both ears <input type="checkbox"/> Tubes <input type="checkbox"/> Hearing loss? <input type="checkbox"/> Hearing aid? <input type="checkbox"/> Cochlear Implant
<input type="checkbox"/> Heart Condition: Please explain: Are there any activity restrictions? Any medications taken at home only?	
<input type="checkbox"/> Hypertension (High Blood Pressure):	
<input type="checkbox"/> Juvenile Arthritis/Bone-Joint Problems: Please explain:	
<input type="checkbox"/> Kidney Problems: Please explain:	
<input type="checkbox"/> Scoliosis:	<input type="checkbox"/> No Treatment <input type="checkbox"/> Wears Brace <input type="checkbox"/> Surgery
<input type="checkbox"/> Seizures/Convulsions: Please explain:	Type of seizure: _____ <input type="checkbox"/> Diastat order
<input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia:	
<input type="checkbox"/> Spina Bifida:	
<input type="checkbox"/> Special Diet: Please explain:	
<input type="checkbox"/> Vision Problems:	<input type="checkbox"/> Wears glasses <input type="checkbox"/> Wears contacts <input type="checkbox"/> Other,
<input type="checkbox"/> Other Medical Conditions: Please include <u>any</u> medications taken at home only.	

Part III – Medical Equipment /Procedures Required at School

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Catheter | <input type="checkbox"/> Gastric Tube | <input type="checkbox"/> Nebulizer Treatments | <input type="checkbox"/> Oxygen Supplement | <input type="checkbox"/> Tracheostomy |
| <input type="checkbox"/> Vagal Nerve Stimulator (VNS) | <input type="checkbox"/> Ventilator | <input type="checkbox"/> Wheelchair | <input type="checkbox"/> Walker | |

Required Signatures

Signature of parent(s) or guardian: _____ Date: _____

Signature of school nurse: _____ Date: _____



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
Año Escolar: _____ - _____



Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela la información adicional con respecto a las necesidades de salud de su hijo. Es posible que la enfermera pueda comunicarse con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para la enfermera satisfacer las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Para ser rellenado por el padre/tutor.

Utilice sólo letras de Imprenta Por Favor. Vuelva a la Enfermera de la Escuela

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento	El Sexo
Dirección de Domicilio (La Calle)	Raza/Etnia		
(La Ciudad y Código Postal)	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Angloamericano, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Otra		
Número de Tel. en Casa	Número de Tel. Celular	Escuela	Grado
Nombre de Padre/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)			
Transportación			
<input type="checkbox"/> Pasajero de Autobús <input type="checkbox"/> Pasajero de Carro <input type="checkbox"/> Pasajero del Autobús de Incapacitados <input type="checkbox"/> El Programa de Clases Extendidas			

Parte I – Información de Salud

Lugar donde recibe su hijo atención médica regular: <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular	Lugar donde recibe su hijo cuidado dental regular: <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular	Tipo de seguro médico de su hijo: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Segura Privada <input type="checkbox"/> ALLKIDS <input type="checkbox"/> Otra: _____
Nombre del médico: _____	Nombre del Dentista: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Tel: _____	Tel: _____	

Autorizaciones:

- SÍ**, autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- No**, no autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- SÍ**, autorizo a mi hijo participar en todos los exámenes escolares de salud, tales como visión, audición, y escoliosis.
- SÍ**, autorizo la revisión anual de la cartilla azul de inmunización de mi hijo por la oficina local del Centro de Salud Pública.

Utilizado Por La Oficina Solamente			
Escala de Acuidad:			
Nivel A Dependiente de la Enfermería	Nivel B Frágiles de Salud	Nivel C Médicamente Complejo	Nivel D Asuntos de Salud



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
 Año Escolar: _____ - _____



Parte II – Historial Clínico

<input type="checkbox"/> No Sé de Ningún Problema de Salud (Si no hay, por favor vaya directamente a la parte inferior de la página y proporcione la firma del padre/tutor.)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención (ADD) O	<input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? (Requiere la autorización del médico para la medicina)
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> ¿Será administrada en la escuela?
<input type="checkbox"/> Alergias: Por favor especifique : <input type="checkbox"/> Los Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Los Insectos _____ <input type="checkbox"/> Del Medio Ambiente _____ <input type="checkbox"/> Los Medicamentos _____	<input type="checkbox"/> ¿Urticaria/erupciones? <input type="checkbox"/> ¿Dificultad para Respirar? <input type="checkbox"/> ¿Epi-pen? (Requiere la autorización del médico para la medicina)
<input type="checkbox"/> El Asma:	<input type="checkbox"/> ¿Él/Ella usa un inhalador en la escuela? (Requiere autorización del médico)
<input type="checkbox"/> Problemas Sangrantes: (Hemofilia, Von Willebrand's, Hemorragias Nasales Frecuentes)	<input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? Por favor, explique: (Requiere la autorización del médico para la medicina)
<input type="checkbox"/> Cancer/Leucemia:	Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral:	Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> La Fibrosis Quística :	Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> Problemas Dentales:	<input type="checkbox"/> ¿Frenos? O Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> Diabetes: (Requiere la autorización de medicamentos y el procedimiento del médico) <input type="checkbox"/> Diabético Tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabético Tipo 2	<input type="checkbox"/> ¿Mide los niveles de azúcar en la sangre en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Requiere Insulina en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Orden de Glucagón? <input type="checkbox"/> ¿Bomba de Insulina? <input type="checkbox"/> ¿Controlada con una dieta?
<input type="checkbox"/> Emocional/de Comportamiento/Psicológico: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales y del estómago: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Genética: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas de Audición:	<input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos Oídos <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> ¿Pérdida de Audición? <input type="checkbox"/> ¿Audífono? <input type="checkbox"/> Implante Coclear
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca: Por favor, explique: ¿Hay alguna restricción? ¿Hay medicamentos que se toma sólo en casa?	
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Arterial Alta):	
<input type="checkbox"/> La Artritis Juvenil/Problemas en las Articulaciones del Hueso: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Escoliosis:	<input type="checkbox"/> Ningún Tratamiento <input type="checkbox"/> Utilice Soporte <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones: Por favor, explique:	Tipo de Ataque: _____ <input type="checkbox"/> Orden de Diastat
<input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes:	
<input type="checkbox"/> Espina Bífida:	
<input type="checkbox"/> Dieta Especial: Por Favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas de Vision:	<input type="checkbox"/> Usa gafas/lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otra,
<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Médicas: Por favor incluye <u>cualquier</u> medicamento que se toma en casa solamente.	

Parte III – Equipo Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

<input type="checkbox"/> Catéter	<input type="checkbox"/> Sonda Gástrica	<input type="checkbox"/> Tratamientos Nebulizar	<input type="checkbox"/> Suplemento de Oxígeno	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Estimulador del Nervio Vago (VNS)	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/> Caminante	

Firmas Requeridas

Firma del Padre(s)/Tutor: _____	Fecha: _____
Firma de la Enfermera de la Escuela : _____	Fecha: _____