NORTH MONTEREY COUNTY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

CONFIDENTIAL HEALTH QUESTIONNAIRE 2023-2024

Student's Last Name _____ First Name _____ Date of Birth _____

Student ID Number _____ Grade _____ Teacher Name _____ School _____

Parent/Guardian emergency contact: _____ Name _____ Home Number _____ Cell Number

Parent/Guardian emergency contact: _____ Name _____ Home Number _____ Cell Number

Doctor's Information: _____ Doctor's Name _____ Doctor's Phone Number

Do you currently have health insurance? ☐ Yes ☐ No

If yes: ☐ MediCal ☐ Covered California ☐ Other: _____ *(please list)*

Does your student have known health problems?

☐ NO, MY STUDENT DOES NOT HAVE KNOWN HEALTH PROBLEMS. *Please skip to signature at the bottom of the page.*

☐ YES, MY STUDENT DOES HAVE KNOWN HEALTH PROBLEMS. *Please complete the check list below.*

Check only those that apply and return to school office:

☐ ADHD/ADD:	Requires medication? ☐ Yes ☐ No	Required at school? ☐ Yes ☐ No	
☐ Asthma:	Requires medication? ☐ Yes ☐ No	Required at school? ☐ Yes ☐ No	
☐ Severe Allergies:	Severely allergic to: _____	Requires Epi-Pen? ☐ Yes ☐ No	
	Symptoms that occur: _____		
☐ Diabetes:	☐ Type I ☐ Type II	Medications: ☐ Oral ☐ Injection ☐ Pump	Required at school? ☐ Yes ☐ No
☐ Heart Problems:	Diagnosis: _____	Requires medication? ☐ Yes ☐ No	
	Physical Restrictions: _____	Required at school? ☐ Yes ☐ No	
☐ Orthopedic:	Orthopedic Condition: _____	Physical Limitations: _____	
☐ Seizure Disorder:	Date of last seizure: _____	Requires medication? ☐ Yes ☐ No	
		Required at school? ☐ Yes ☐ No	

Please list any other important health or behavioral information that may affect your student while at school that we should be aware of: _____

_____

Requires medication? ☐ Yes ☐ No Required at school? ☐ Yes ☐ No

Calif. Ed Code 49423 - Students taking medication at school need an "Authorization for Medication" form completed annually. This form must be on file with the school before medication can be given.

Signature of parent/guardian: _____ Date: _____

Our district submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and health services provided to all students to include state mandates vision and hearing screenings. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any school health services. I consent for billing to Medi-Cal/Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's medical billing services company.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL CONDADO NORTE DE MONTEREY

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE SALUD 2023-2024

Apellido del Estudiante _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

de identificación del estudiante _____ Grado _____ Nombre del maestro/a _____ Escuela _____

Contacto de emergencia del Padre/Tutor: _____ Nombre _____ Número de casa _____ Número móvil

Contacto de emergencia del Padre/Tutor: _____ Nombre _____ Número de casa _____ Número móvil

Información del médico: _____ Nombre del Doctor _____ Número de teléfono del médico

¿Actualmente tiene seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo: ☐ MediCal ☐ Covered California ☐ Otro: _____ *(por favor indique)*

¿Tiene su estudiante problemas de salud conocidos?

☐ NO, MI ESTUDIANTE NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS. *Pase a la firma en la parte inferior de la página.*

☐ SÍ, MI ESTUDIANTE TIENE PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS. *Complete la lista de verificación a continuación.*

Marque solo los que correspondan y devuélvalos a la oficina de la escuela:

☐ TDAH/TDA:	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	
☐ Asma:	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	
☐ Alergias severas:	Severamente alérgico a: _____	¿Requiere "Epi-Pen" (Inyección)? ☐ Sí ☐ No	
	Síntomas que occurren: _____		
☐ Diabetes:	☐ Tipo I ☐ Tipo II	Medicamentos: ☐ Oral ☐ Inyección ☐ Pompa	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No
☐ Problemas del corazón:	Diagnóstico: _____	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	
	Restricciones físicas: _____	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	
☐ Ortopédico:	Condición ortopédica: _____	Limitaciones físicas: _____	
☐ Convulsiones:	Fecha del último convulsión: _____	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	
		¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	

Por favor anote la información importante de salud o de comportamiento que pueda afectar a su estudiante mientras esté en la escuela y que deberíamos saber: _____

¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No ¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No

Código de Educación de California 49423 - Los estudiantes que toman medicamentos en la escuela necesitan completar anualmente un formulario de "Autorización para Medicamentos". Este formulario debe estar archivado en la escuela antes de que se pueda administrar el medicamento.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nuestro distrito presenta reclamos a Medi-Cal para exámenes de salud básicos y servicios de salud proporcionados a todos los estudiantes para incluir exámenes de visión y audición obligatorios por el estado. Los ingresos recibieron ayuda para proporcionar servicios de salud adicionales para todos los estudiantes del distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por ningún servicio de salud escolar. Doy mi consentimiento para la facturación a Medi-Cal/aseguradoras por los servicios de salud escolar proporcionados a mi hijo y para el intercambio de información de facturación con la compañía de servicios de facturación médica del distrito escolar.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL CONDADO NORTE DE MONTEREY

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE SALUD 2023-2024

Apellido del Estudiante _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

de identificación del estudiante _____ Grado _____ Nombre del maestro/a _____ Escuela _____

Contacto de emergencia del Padre/Tutor: _____ (Nombre) _____ (Número de casa) _____ (Número móvil)

Contacto de emergencia del Padre/Tutor: _____ (Nombre) _____ (Número de casa) _____ (Número móvil)

Información del médico: _____ (Nombre del médico) _____ (Número de teléfono del médico)

¿Actualmente tiene seguro de salud/médico? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí: ☐ MediCal ☐ Covered California ☐ Otro: _____ *(por favor indique)*

¿Tiene su estudiante problemas de salud conocidos?

☐ NO, MI ESTUDIANTE NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS. *Pase a la firma en la parte inferior de la página.*

☐ SÍ, MI ESTUDIANTE TIENE PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS. *Complete la lista de verificación a continuación.*

Marque solo los que correspondan y devuélvalos a la oficina de la escuela:

☐ TDAH/TDA:	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	
☐ Asma:	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	
☐ Alergias severas:	Severamente alérgico a: _____	¿Requiere "Epi-Pen" (Inyección)? ☐ Sí ☐ No	
	Síntomas que occurren: _____		
☐ Diabetes:	☐Tipo I ☐Tipo II	Medicamentos: ☐ Oral ☐Inyección ☐Pompa	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No
☐ Problemas del corazón:	Diagnóstico: _____	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	
	Restricciones físicas: _____	¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	
☐ Ortopédico:	Condición ortopédica: _____	Limitaciones físicas: _____	
☐ Convulsiones:	Fecha del último convulsión: _____	¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No	
		¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No	

Por favor anote la información importante de salud o de comportamiento que pueda afectar a su estudiante mientras esté en la escuela y que deberíamos saber: _____

¿Requiere medicamento? ☐ Sí ☐ No ¿Lo tomará en la escuela? ☐ Sí ☐ No

Código de Educación de California 49423 - Los estudiantes que toman medicamentos en la escuela necesitan completar anualmente un formulario de "Autorización para Medicamentos". Este formulario debe estar archivado en la escuela antes de que se pueda administrar el medicamento.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nuestro distrito presenta reclamos a Medi-Cal para exámenes de salud básicos y servicios de salud proporcionados a todos los estudiantes para incluir exámenes de visión y audición obligatorios por el estado. Los ingresos recibieron ayuda para proporcionar servicios de salud adicionales para todos los estudiantes del distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por ningún servicio de salud escolar. Doy mi consentimiento para la facturación a Medi-Cal/aseguradoras por los servicios de salud escolar proporcionados a mi hijo y para el intercambio de información de facturación con la compañía de servicios de facturación médica del distrito escolar.