

Health Information Form**Please complete and return this form to the health office**

Student's Name: _____ Gender: _____ Age: _____ Birthdate: _____

School: _____ Teacher _____ Grade: _____ Room: _____

MY CHILD HAS A MEDICAL DIAGNOSIS OF:☐ Allergies: Epi- Pen ☐ Yes ☐ No☐ Food / Explain: _____ ☐ Insect / Explain: _____ ☐ Other / Explain: _____

What Reaction? _____

If your child has a food allergy, please go to our District website Azusa.org. Select Departments, Business Services, Nutrition Services, under Quick Files click on MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMODATIONS, print form. The form must be filled out by a licensed healthcare professional. If questions contact Nutrition Services at (626) 732-8057

☐ Lactose Intolerant☐ Asthma☐ Diabetes ☐ Type I ☐ Type II Insulin ☐ Yes ☐ No☐ Seizures Date of Last Seizure: _____ Type of Seizure: _____☐ Headaches, Migraine☐ Heart Condition: _____☐ Orthopedic Condition: _____☐ Cancer: _____☐ Other: _____☐ Wears Hearing Aid ☐ Right ☐ Left ☐ Both☐ Surgeries: _____ Date: _____☐ Hospitalizations: _____ Date: _____☐ ADD / ADHD ☐ Anxiety ☐ Depression ☐ Autism ☐ Other _____

Date Diagnosed: _____ By whom: _____

Name of Medication**Dosage****School/Home**

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

If student requires medication at school, please obtain the appropriate form in the school office.☐ **MY CHILD HAS NO HEALTH PROBLEMS**

I certify that the above health information is correct

Signature of Parent/Guardian_____
Date

Información de Salud
Complete y devuelva este formulario a la oficina de salud

Estudiante: _____

Género: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____ Salón: _____

MI HIJO/A TIENE LA SIGUIENTE CONDICIÓN MÉDICA:

☐ Alergias: Epi- Pen ☐ Si ☐ No
☐ Alimentos / Explicar: _____ ☐ Insecto / Explicar: _____ ☐ Otro / Explicar: _____
 ¿Qué reacción? _____

Si su estudiante tiene algún tipo de alergia a los alimentos, por favor vaya a nuestra página web en: Azusa.org. Presione en *Departamentos*, luego en *Servicios de negocios*, después en *Servicios de nutrición*, enseguida deslice el cursor hasta encontrar **DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ALOJAMIENTOS e imprima el formulario. El formulario debe ser llenado por un profesional de la salud con certificación. Si tiene preguntas contacte al Departamento de Servicios de Nutrición al (626) 732-8057**

☐ Intolerante a la Lactosa
☐ Asma
☐ Diabetes ☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ Insulina ☐ Si ☐ No
☐ Convulsiones Fecha de la última convulsión: _____ Tipo de convulsión: _____
☐ Dolores de cabeza, Migraña
☐ Condición cardíaca: _____
☐ Condición ortopédica: _____
☐ Cáncer: _____
☐ Otro: _____
☐ Prótesis auditiva ☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Ambos
☐ Cirugías: _____ Fecha: _____
☐ Hospitalizaciones: _____ Fecha: _____
☐ ADD / ADHD ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Autismo ☐ Otro _____
 Fecha del diagnóstico: _____ Por quién: _____

Nombre del medicamento	Dosis	Escuela / Hogar
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Si el estudiante requiere medicamento en la escuela, favor de obtener el formulario apropiado en la oficina de la misma.

☐ **MI HIJO/A NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD**

Certifico que la información de salud proporcionada es correcta.

Firma del padre o tutor

Fecha