



Manson School District

Phone: 509/687-9502 Fax: 509/687-9537

2024 - 2025

STUDENT HEALTH INFORMATION

(The information below is to help school staff understand any Health concerns that might affect your child's safety or learning.)

STUDENT NAME: _____
First Middle Last

DATE OF BIRTH: _____ Sex: _____ Grade: _____

MEDICAL HISTORY

Please mark if your child has any of the following health conditions

- _____ Asthma ☐ Will need inhaler at school ☐ Seen in hospital/Emergency Room in last five years
_____ Severe allergy requiring Epi-pen Allergy to: ☐ Food ☐ Bees/insects ☐ Plants ☐ Animals ☐ Drugs
_____ Diabetes ☐ requires insulin injection
_____ Seizure disorder
_____ Heart condition
_____ Frequent or severe headache
_____ Behavior or emotional concerns
_____ ADD/ADHD
_____ Bleeding Disorders (Hemophilia, etc)
_____ Other - please explain any health concerns you think we should know about at school.

Does your child wear hearing aides? ☐ Yes ☐ No Does your child wear glasses/contacts? ☐ Yes ☐ No

Do any of the above condition(s) limit/affect your child at school? ☐ No ☐ Yes, explain:

☐ **My child has no health problems**

LIFE-THREATENING CONDITIONS

Does your child have a life-threatening health condition? ☐ No ☐ Yes * Describe:

*** If yes, a meeting with the school nurse is required. Washington State Law requires that medication or treatment orders and a health care plan be in place prior to starting school.**

MEDICATION

Does your child take any medication? ☐ No ☐ Yes, name of medication:

Reason for taking medication:

Will medication be needed at school? ☐ Yes* ☐ No

*** If your child needs medication at school, please contact the school for the "Medication Authorization" form. This form must be completed every year before any medication may be administered at school.**

Medical Care

Does your child have a health care provider? ☐ Yes ☐ No

Name of child's health care provider _____ phone number _____

In the last 6 months has your child seen a health care provider? ☐ No ☐ Yes, please explain:

Dental Care

Does your child have a dentist? ☐ Yes ☐ No

Name of child's dentist _____ phone number _____

Has your child had a dental exam in the last 12 months? ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

Insurance for Health Care

Does your child have medical insurance? ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

Does your child have dental insurance? ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

Would you like help finding insurance for your child? ☐ Yes ☐ No

Authorization for Sharing Health Information: I understand that the information given above may be shared with some school staff to provide for the health and safety of my child.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____



Información de la Salud del Estudiante

(La siguiente información es para ayudar al personal escolar a entender los problemas de salud que pueden afectara la seguridad de su niño en el aprendizaje)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
primero segundo apellido

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **Sexo:** _____ **Grado:** _____

HISTORIA MEDICA

Por favor marque si su niño tiene alguna de las siguientes condiciones de salud

- _____ Asma ☐ necesitara inhalador en la escuela ☐ ha sido hospitalizado de emergencia en los últimos cinco años
_____ Alergia severa que requiere Epi-pen Alergia a : ☐ Comida ☐ abejas/insectos ☐ Plantas ☐ Animales
☐ Drogas
_____ Diabetes ☐ requiere la inyección de insulina
_____ Convulsiones
_____ Condiciones del Corazón
_____ dolor de cabeza frecuentes o graves
_____ Problemas de comportamiento o emocionales
_____ ADD/ADHD
_____ Desorden de coagulación de la sangre (Hemophelia, etc)
_____ Otros - por favor explique cualquier preocupación de salud que usted cree que debemos saber en la escuela que no se haya mencionado.
¿Usa su hijo aparatos para el oído? ☐ Si ☐ No ¿usa su hijo lentes/contactos? ☐ Si ☐ No
¿Alguna de las condiciones mencionada afectan /limitan a su hijo en la escuela? ☐ No ☐ Si, explique:
☐ **Mi hijo no tiene problemas de salud**

CONDICIONES POTENCIALMENTE MORTALES

¿Tiene su hijo una condición de salud de peligro de muerte? ☐ No ☐ Si * Describa:

*** Si contesto si, se requiere una reunión con la enfermera de la escuela. La ley del estado de Washington requiere que los tratamientos o medicamentos ordenados estén al corriente antes de empezar la escuela.**

MEDICAMENTOS

¿Toma su hijo algún medicamento? ☐ No ☐ Si, nombre de medicamento:

Razón por la cual está tomando medicamento:

¿Será necesario el medicamento en la escuela? ☐ Si* ☐ No

*** Si su hijo necesita medicamento en la escuela, por favor contacte a la enfermera de la escuela para la forma de "autorización de medicamentos" Esta forma debe de ser completada cada año antes de administrar cualquier medicamento en la escuela**

Atención Médica

¿Tiene su hijo un proveedor de atención médica? ☐ Si ☐ No

Nombre del doctor de su hijo _____ número de teléfono _____

¿En los últimos 6 meses ha visto su hijo al doctor? ☐ No ☐ Si, por favor explique:

Cuidado dental

¿Tiene su hijo un dentista? ☐ Si ☐ No

Nombre del dentista de su hijo _____ Numero de teléfono _____

Ha tenido su hijo un examen dental en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No ☐ no lo se

Seguro para el cuidado de salud

¿Tiene su hijo seguro medico? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se

¿Tiene su hijo seguro dental? ☐ Si ☐ No ☐ no lo se

¿Desea ayuda para encontrar seguro para su hijo? ☐ Si ☐ No

Autorización para el intercambio de información de salud: Entiendo que la información proporcionada anteriormente se puede compartir con algunos miembros del personal escolar para velara por la salud y seguridad de mi hijo.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____