SCHOOL NURSE SCREENING AND EMERGENCY CONTACT
Return to School Nurse ASAP

STUDENT'S NAME: _____

Teacher:_____ Grade:____ DOB:_____

Emergency Contacts: _____
_____
_____

My child is a bus rider on bus #_____ , is a car rider _____, attends Prime Time____ *

It is important that the school be aware of any special health problems your child has. Please check and explain conditions below. ***Check if your child will need an Emergency Plan at school. ***

☐ My child needs an Emergency Plan at school.

☐ My child does not need an Emergency plan at school.

☐ Known allergies to bee stings, food, drugs, or environment: Please list: _____ Epi pen: Yes or No ☐ Diabetes Insulin Dependent: Yes or No ☐ Seizures Date of last seizure: _____ ☐ Sickle Cell Disease ☐ Vision Problems Glasses: Yes or No Contact: Yes or No	☐ Hearing Problems Hearing Aid: Yes or No ☐ Heart Problems Medications: _____ Restrictions: _____ ☐ Bleeding Disorders Type: _____ Medication: _____ ☐ Asthma Date of last attack: _____ Medication: _____ Inhaler at School: Yes or No ☐ Migraine/Headache: Yes or No	☐ Orthopedic (bone) Problems Describe: _____ ☐ Kidney Problems Type: _____ ☐ Learning Disorders Special Needs: _____ Medication: _____ ☐ Other Conditions: _____ _____ ☐ Medications routinely taken: _____ ☐ Concussion in the past year: Yes or No date: _____

**** If your child needs medications at school (prescription or non- prescription), you must have a doctor complete a Medication Authorization Form. ****

My child has. ____ health insurance, _____ Medicaid, _____accident insurance, _____dental insurance.

HEALTH SCREENINGS

Health screenings and observation of K-12 students are responsibilities charged to teachers and school nurses. I understand that my child may participate in routine screenings such as height, weight, vision, hearing, dental, communicable diseases, and blood pressure. If you do not want your child to participate in screenings, please notify the school nurse.

Undetected problems with vision may be an underlying source of difficulty in school. Iredell-Statesville School nurses perform vision screenings for all students in 1st, 3rd, 5th, and 7th grades; students struggling with academics (RTI process); as part of the Exceptional Children's Program qualification; and/or parent request. The screening will consist of:

Far Vision Results: _____ Pass _____ Fail

Right Eye _____ Left Eye _____

Both Eyes _____

Near Vision Results: _____ Pass _____ Fail

Right Eye _____ Left Eye _____

Both Eyes _____

I hereby give permission for the school nurse to complete a vision screen for my child. The school nurse will notify me if my child does not pass the vision screen.

Date: _____ Parent Signature: _____

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ESCOLAR Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Regrese a la enfermera de la escuela lo antes posible

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:_____

Maestro:_____ Grado:____ Fecha de nacimiento:_____

Contactos de emergencia:
_____
_____
_____

Mi hijo viaja en el autobús n.° _____, viaja en automóvil _____, asiste a Prime Time____ *

Es importante que la escuela esté al tanto de cualquier problema de salud especial que tenga su hijo. Por favor, marque y explique las condiciones a continuación. **Marque si su hijo necesitará un Plan de Emergencia en la escuela

☐ Mi hijo necesita un Plan de Emergencia en la escuela.

☐ Mi hijo no necesita un plan de emergencia en la escuela.

- ☐ Alergias conocidas a picaduras de abejas, alimentos, medicamentos o medio ambiente:
- ☐ Por favor, explique:
  _____
  Epi-Pen: Sí o No
- ☐ Diabetes
  Insulino dependiente: Sí o No
- ☐ Convulsiones
  Fecha de la última convulsión:
  _____
- ☐ Anemia drepanocítica
- ☐ Problemas de vision
  Gafas: Sí o No
  Lente de contacto: Sí o No
- ☐ Problemas de audición
  Aparato auditivo: Sí o No
- ☐ Problemas cardíacos
  Medicamentos: _____
  Restricciones: _____
- ☐ Trastornos hemorrágicos
  Tipo: _____
  Medicamento: _____
- ☐ Asma
  Fecha del último ataque: _____
  Medicamento: _____
  Inhalador en la escuela: Sí o No
- ☐ Migraña/Dolor de cabeza: Sí o No
- ☐ Problemas ortopédicos (óseos)
  Describa: _____
- ☐ Problemas renales
  Tipo: _____
- ☐ Trastornos del aprendizaje
  Necesidades especiales:
  _____
  Medicamentos: _____
- ☐ Otras condiciones:
  _____
- ☐ Medicamentos que toma habitualmente:
  _____
- ☐ Conmoción cerebral en el último año: Sí o No fecha: _____

**** Si su hijo necesita medicamentos en la escuela (con o sin receta), debe pedirle a un médico que complete un Formulario de Autorización de Medicamentos. ****

Mi hijo tiene ____ seguro médico, _____ Medicaid, _____ seguro contra accidentes, _____ seguro dental.

EXÁMENES DE SALUD

Los exámenes de salud y la observación de los estudiantes de K-12 son responsabilidad de los maestros y la enfermera escolar. Entiendo que mi hijo/a puede participar en exámenes de rutina, como estatura, peso, visión, audición, dentales, de enfermedades transmisibles y presión arterial. Si no desea que su hijo/a participe en los exámenes, por favor, notifique a la enfermera escolar.

Los problemas de visión no detectados pueden ser una causa subyacente de dificultades escolares. Las enfermeras de la Escuela Iredell-Statesville realizan evaluaciones de la vista a todos los estudiantes de 1.º, 3.º, 5.º y 7.º grado; a los estudiantes con dificultades académicas (proceso de respuesta a la intervención); como parte de la calificación del Programa para Niños Excepcionales; o a solicitud de los padres. La evaluación consistirá en:

Resultados de visión lejana: _____ Aprobado _____ Reprobado

Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Ambos ojos _____

Resultados de visión cercana: _____ Aprobado _____ Reprobado

Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Ambos ojos _____

Por lo presente, la enfermera me notificará si los resultados no son favorables."

Fecha: _____ Firma del padre/madre: _____