



STUDENT HEALTH UPDATE FORM

Student Full Name _____ ID _____ Male ☐ Female ☐ Birthdate _____
Grade _____ Homeroom _____ Teacher _____

Home Address _____
Parent/Guardian 1 _____ Parent/Guardian 2 _____
Home _____ Home _____
Work _____ Work _____
Cell _____ Cell _____
Email _____ Email _____

In case of emergency, I give permission to have the following person(s) other than parent/guardian contacted and have my child released to their care. Identification will be required prior to my child's release.

Full Name of Person _____ Emergency Number _____

Full Name of Person _____ Emergency Number _____

By signing below I *give* my permission for the school nurse to share health information with appropriate school staff, and if necessary contact my child's primary care provider for the health and safety of my child.

Date _____ Signature of Parent or Guardian _____

Allergies (please list) _____

Type of allergic reaction _____

Food Dislikes _____

Health Conditions/Concerns (**please circle**): Diabetes Asthma Heart Disease ADHD

Other _____

Seizures (type, date of last seizure) _____

Serious Injury or Hospitalization _____

Remarks or recommendations regarding your child's health _____

Name of medications _____

Vision Problem YES ☐ NO ☐ Physician's Name _____ Date of Exam _____

Hearing Problem YES ☐ NO ☐ Physician's Name _____ Date of Exam _____

Dental Problem YES ☐ NO ☐ Dentist's Name _____ Date of Exam _____

Name of Primary Care Provider/ Clinic _____ Phone _____

Name of Hospital of Choice _____

Medical Insurance _____ ID Number _____

Please return this completed form to the school nurse. Thank you.



REGISTRO DE SALUD ESTUDIANTIL

Nombre del Estudiante _____ ID _____ Masculino ☐ Fecha de
Sexo: Femenino ☐ Nacimiento _____

Grado _____ Aula _____ Maestro _____

Dirección de la Casa _____

Nombre de padre o guardián _____	Nombre de padre o guardián _____
Número de teléfono _____	Número de teléfono _____
Número del trabajo de la madre _____	Número del trabajo del padre _____
Celular _____	Celular _____
Correo electrónico _____	Correo Electrónico _____

En caso de una emergencia yo doy permiso a las siguientes personas, si no son los padres/encargados que le entreguen mi hijo(a) a las siguientes personas. Las personas deben mostrar su identificación antes de recoger a mi hijo(a).

Nombre de la Persona _____ Número de Emergencia _____

Nombre de la Persona _____ Número de Emergencia _____

Al firmar a continuación, yo doy mi consentimiento a que se comparta con la enfermera de la escuela y con el personal adecuado, información médica de mi hijo (a) y si es necesario también contactar al médico para la salud y la seguridad de mi hijo/a

Fecha _____ Firma del Padre o Guardián _____

Alergias (por favor indique el tipo) _____
Tipo de reacción a estas alergias _____

Enfermedades Serias (**por favor marque**): Diabetes Asma Corazón ADHD
Otros _____

Comida que no le gustan _____

Convulsiones (tipo, fecha de la última convulsión) _____

Lesiones graves / Hospitalizaciones _____

Observaciones o recomendaciones acerca de la salud de su hijo(a) _____

Nombres de Medicamentos _____

Problema con la visión: ☐SI ☐NO Nombre del doctor _____ Fecha del examen _____

Problema auditivo: ☐SI ☐NO Nombre del doctor _____ Fecha del examen _____

Problemas dentales: ☐SI ☐NO Nombre del dentista _____ Fecha del examen _____

Nombre del médico (doctor de familia, pediatra, clínica) _____ Teléfono _____

Nombre del hospital preferido (lista) _____

Seguro Médico _____ Número de Identificación _____

Por favor llene este formulario y envíelo a la enfermera de la escuela. Gracias.