

CLARK COUNTY SCHOOL DISTRICT

Student Health Information for School Year _____

CCF-768
8-12

Student Name: Last	First	MI	Student #	☐ Male ☐ Female	Grade	Birthdate
Parent/Guardian Name			Parent/Guardian Name			

Current Health Concerns

Please Complete, Sign, and Date. Letters noted next to conditions are used for computer coding only.

Cardiac/Heart: (T)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Murmur | ☐ Pacemaker |
| ☐ Defect | ☐ Defibrillator |
| ☐ Other _____ | |

Respiratory: (A)

- | | |
|--|---|
| ☐ Asthma (A) | ☐ Tracheostomy (U) |
| ☐ Cystic Fibrosis (U) | |
| ☐ Other _____ | |

Vision/Hearing:

- | | |
|--|---|
| ☐ Glasses/Contacts (G) | ☐ Color Deficiency (W) |
| ☐ Vision Deficit - not corrected with glasses (V) | |
| ☐ Hearing Deficit (R) | ☐ Hearing Aids (H) |
| ☐ Other _____ | |

Digestive/Urinary: (U)

- | | |
|--|--|
| ☐ Irritable Bowel Syndrome | ☐ Urinary Dysfunction |
| ☐ Crohn's Disease | ☐ Nephrotic Syndrome |
| ☐ Chronic Constipation | ☐ Feeding Tube |
| ☐ Colostomy | |
| ☐ Special diet prescribed by physician: _____ | |
| ☐ Other _____ | |

Psychological: (Y)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Anxiety | ☐ OCD |
| ☐ Depression | ☐ Mood Disorder |
| ☐ Bipolar | ☐ Psychosis |
| ☐ Other _____ | |

Endocrine/Blood:

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabetes (D) | ☐ Sickle Cell (B) |
| ☐ Thyroid Disorder (U) | ☐ Hemophilia (B) |
| ☐ Adrenal Insufficiency (U) | ☐ Anemia (B) |
| ☐ Other _____ | |

Immune/Allergies:

- | | |
|---|--|
| ☐ Potentially Severe Reaction: (P) _____ | |
| ☐ Food Allergy: (C) _____ | |
| ☐ Environmental: (Q) _____ | |
| ☐ Skin Problem: (S) _____ | |
| ☐ Lupus (U) | ☐ Immunosuppression (U) |
| ☐ Other _____ | |

Neuro/Muscular/Skeletal:

- | | |
|--|---|
| ☐ Seizures (E) | ☐ Scoliosis (O) |
| ☐ ADD/ADHD (J) | ☐ Muscular Dystrophy (N) |
| ☐ Autism (N) | ☐ Multiple Sclerosis (N) |
| ☐ Migraines (L) | ☐ Tourette Syndrome (N) |
| ☐ Cerebral Palsy (N) | ☐ Spina Bifida (N) |
| ☐ Amputation/Prosthesis (O) | ☐ Cerebral Shunt (N) |
| ☐ Other _____ | |

Other:

- | |
|--|
| ☐ Cancer (K) |
| ☐ Genetic Syndrome (F) |
| ☐ Immunization Exemption (I) <i>Only medical and religious accepted</i> |
| ☐ Other _____ |

☐ No Known Health Concerns (Z)

List all current medication(s): _____

List any medication allergies: _____

Is medication needed at school? ☐ Yes ☐ No (If yes, parent/guardian must contact the Health Office)

Does student carry and administer the medication at school? ☐ Yes ☐ No (If yes, parent/guardian must contact the Health Office)

Can the student take PE/Recess? ☐ Yes ☐ No (If No, parent/guardian must obtain the required form from the Health Office)

Please Note:

- Health information will be provided to appropriate school staff members as necessary to facilitate a safe, supportive environment. It is important that significant student health concerns and changes in student health status be reported to the school Health Office.
- Students may have vision, hearing or spinal (alignment of back) screenings performed, based on state mandates or because a health problem is suspected. Please notify your school nurse in writing if you do not want your child to participate in any of these screenings. (X)
- Do you give consent for height/weight measurement? (PLEASE CHECK ONE) ☐ Yes ☐ No
- Do you give consent for dental screening (visual check)? (PLEASE CHECK ONE) ☐ Yes ☐ No

Parent/Guardian Signature (Required) _____

Date _____

[Reviewed by Health Office staff: _____ ; Entered into HMS _____]

Distrito Escolar Del Condado De Clark

Información de Salud del Estudiante para el Año Escolar _____

CCF-768
Rev. 8/12

Nombre del Estudiante: Apellido	Nombre Inicial	# de Estudiante	☐ Masculino ☐ Femenino	Grado	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Tutor			Nombre del Padre/Tutor		

Preocupaciones de Salud Actuales

Por favor Complete, Firme, y Ponga la Fecha. Las letras enumeradas junto a las condiciones son utilizadas solamente para la codificación en la computadora.

Cardiaca/Corazón: (T)

- ☐ Soplo
☐ Defecto
☐ Otra _____

☐ Marcapasos
☐ Desfibrilador

Respiratoria: (A)

- ☐ Asma (A)
☐ Fibrosis Cística (U)
☐ Otra _____

☐ Traqueostomía (U)

Visión/Audición:

- ☐ Lentes/Lentes de Contactos (G)
☐ Déficit de la Vista – no corregible con lentes (V)
☐ Déficit de la Audición (R)
☐ Otra _____

☐ Deficiencia de Color (W)
☐ Audífonos (H)

Digestiva/Urinaria: (U)

- ☐ Síndrome de Intestino Irritable
☐ Enfermedad de Crohn
☐ Estreñimiento Crónico
☐ Colostomía
☐ Dieta especial prescrita por un médico: _____
☐ Otra _____

☐ Disfunción Urinaria
☐ Síndrome Nefrótico
☐ Alimentación a través de una Sonda

Psicológica: (Y) Medicamento: _____

- ☐ Ansiedad
☐ Depresión
☐ Bipolar
☐ Otra _____

☐ TOC
☐ Trastorno de Estado de Animo
☐ Psicosis

Endocrina/Sanguínea:

- ☐ Diabetes (D)
☐ Trastorno de la Tiroides (U)
☐ Insuficiencia Suprarrenal (U)
☐ Otra _____

☐ Drepanocito (B)
☐ Hemofilia (B)
☐ Anemia (B)

Inmune/Alergias:

- ☐ Posible Reacción Severa: (P) _____
☐ Alergia Alimenticia: (C) _____
☐ Medioambiental: (Q) _____
☐ Problema en la Piel: (S) _____
☐ Lupus (U)
☐ Otra _____

☐ Supresión Inmunológica (U)

Neuro/Muscular/Ósea:

- ☐ Ataques (E)
☐ TDA/TDAH (J)
☐ Autismo (N)
☐ Migrañas (L)
☐ Parálisis Cerebral (N)
☐ Amputación/
Prótesis (O)

☐ Escoliosis (O)
☐ Distrofia Muscular (N)
☐ Esclerosis Múltiple (N)
☐ Síndrome de Gilles de la Tourette (N)
☐ Espina Bífida (N)
☐ Derivación Cerebral (N)

Otra:

- ☐ Cancer (K)
☐ Síndrome Genético (F)
☐ Exención de Inmunizaciones (I) *Solo se aceptan médicas y religiosas*
☐ Otra _____

☐ Se Desconocen Preocupaciones de Salud (Z)

Liste todos los medicamentos actuales: _____

Liste cualquier alergia a medicamentos: _____

¿Se necesita el medicamento en la escuela? ☐ Sí ☐ No (Si contestó sí, comuníquese con la Oficina de Salud)

¿El estudiante lleva y administra el medicamento en la escuela? ☐ Sí ☐ No (Si contestó sí, el padre/tutor debe comunicarse con la Oficina de Salud)

¿Puede el estudiante hacer Educación Física/Recreo? ☐ Sí ☐ No (Si contestó no, obtenga el formulario exigido de la Oficina de Salud)

Por favor tenga en cuenta:

- La información sobre la salud se comunicará a los maestros y personal adecuado según sea necesario para asegurar un entorno seguro y de apoyo. Es importante que las preocupaciones significantes de salud y cambios en el estado de salud del estudiante se informen a la Oficina de Salud.
- Podría ser que se realicen exámenes de la vista, audición, o espina (alineación de la espalda) de los estudiantes, basado en los mandatos estatales o porque existe la sospecha de un problema de salud. Por favor notifique a su enfermera escolar por escrito si usted no desea que su hijo participe en alguna de estas exámenes. (X)
- ¿Da consentimiento para que se examine la estatura/peso? (POR FAVOR MARQUE UNA) ☐ Sí ☐ No
- ¿Da consentimiento para que se examine el estado dental? (POR FAVOR MARQUE UNA) ☐ Sí ☐ No

Firma del Padre/Tutor (Exigida) _____ Fecha _____

[Revisado por la Oficina de Salud: _____; Ingresado en HMS]