

**ONTARIO-MONTCLAIR SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES
HEALTH INVENTORY**

DATE _____

M F

Last First Gender Date of Birth Place of Birth

Address City, State Phone

Last School Attended City, State Previous Ontario-Montclair District School Attended

Health Insurance Plan: IEHP Molina Medi-Cal Kaiser Other _____

Member ID # _____

Name of physician: _____ Birth Weight _____

Child lives with Father Mother Stepmother Stepfather Foster Parent Grandparent

Father's Name _____ Mother's Name _____

- ILLNESS**
- | | Yes | No |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Chickenpox | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • German Measles (3 days) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Red Measles (10 days) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Earache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ALLERGIC/CHRONIC DISEASES**
- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Allergic reaction to insect sting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEVERE _____ Mild _____ | | |
| • Any other allergies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If so, please explain _____ | | |
| List all medications for allergies _____ | | |

- MEDICAL/HEALTH PROBLEMS**
(If yes, please explain below)
- | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Vision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wears glasses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hearing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Uses hearing aids | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Heart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lungs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kidney/Bladder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bone/Joint | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Asthma Yes No
 - Diabetes Yes No
 - Epilepsy Yes No
- If yes to any of the above, please explain _____

If yes to any of the above, please explain _____
Other physical disability? _____
List ALL medications now being taken? _____

- LIST BELOW THE YEAR ANY OF THESE OCCURRED**
- Serious injuries/illnesses/accidents? (Explain and list dates) _____
 - Any surgeries? (Explain and list dates) _____
 - Any hospitalizations (Explain and list dates) _____
 - Tuberculosis Test _____ Positive Negative
 - Date of most recent complete physical exam _____
 - Does your child have any learning problems? Yes No
If yes, please explain _____

Other health information that may be helpful to the school nurse _____

**DISTRITO ESCOLAR ONTARIO-MONTCLAIR
SERVICIOS DE SALUD
INVENTARIO DE SALUD**

FECHA _____

M F

Apellido	Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
----------	--------	--------	---------------------	---------------------

Domicilio	Ciudad, estado	Teléfono
-----------	----------------	----------

Última escuela a la que asistió	Ciudad, estado	Escuela del Distrito Escolar Ontario-Montclair a la que asistió previamente
---------------------------------	----------------	---

Plan de seguro médico: IEHP Molina Medi-Cal Kaiser Otro _____

Numero de plan médico: _____

Nombre del medico familiar: _____ Peso al nacer _____

El niño vive con: El padre La madre Madrastra Padrastro Padre adoptivo Abuelo

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre _____

ENFERMEDAD

- | | Sí | No |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Viruela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sarampión alemán (3 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sarampión rojo (10 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolor de oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CRÓNICAS ENFERMEDADES/ALÉRGICAS

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Reacción alérgica a la picadura de insectos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRAVE _____ Leve _____ | | |
| • Cualquier otra alergia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, por favor explique _____ | | |
| Enumere todas los medicamentos para la alergia _____ | | |

PROBLEMAS MÉDICOS/DE SALUD

(Si es sí, por favor explique a continuación)

- | | Sí | No |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Usa anteojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Usa audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cardiacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pulmonares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Renales/vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Huesos/coyuntura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si es sí para cualquiera de las anteriores, por favor explique _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es sí para cualquiera de los anteriores, por favor explique _____ | | |

INDIQUE A CONTINUACIÓN EL AÑO EN QUE OCURRIÓ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES

- ¿Lesiones/enfermedades/accidentes graves? (Explique e indique fechas) _____
 - ¿Alguna cirugía? (Explique e indique fechas) _____
 - Alguna hospitalización (Explique e indique fechas) _____
 - Examen de tuberculosis _____ Positivo Negativo
 - Fecha del examen físico completo más reciente _____
 - ¿Tiene su hijo algún problema de aprendizaje? Sí No
- Si es sí, por favor explique _____

¿Otra discapacidad física? _____

Enumere TODOS los medicamentos que está tomando en Este momento _____

Otra información de salud que podría ser útil para la enfermera escolar _____