



Health Summary SPANISH

COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Administration Building • 1818 W. Worley Street • Columbia, MO 65203

ESCUELA _____ GRADO/AÑO _____ N° DE ESTUDIANTE _____
School Grade Student No.

NOMBRE COMPLETO _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento _____
Full Name Genre Date of Birth

PADRE/TUTOR #1 _____ Teléfono Casa _____ Empleo _____ Celular _____
Parent/Guardian #1 Home Phone Work Phone Cellphone

PADRE/TUTOR #2 _____ Teléfono Casa _____ Empleo _____ Celular _____
Parent/Guardian #2 Home Phone Work Phone Cellphone

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ / _____ / _____
Emergency Contact Nombre Relación Teléfono

DOCTOR/CLÍNICA _____ Teléfono Phone Number _____

DENTISTA _____ Teléfono Phone Number _____

HOSPITAL PREFERIDO ☐ Boone ☐ University ☐ Otro _____
Preferred Hospital

TIPO DE SEGURO MEDICO ☐ Empleador ☐ Privado ☐ Medicaid (tarjeta roja) ☐ MoHealthNet ☐ Ninguno
Type of Insurance Employment Private Red Card Medicaid None

☐ NINGUNO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE APARECEN EN EL CUADRO ABAJO LE CORRESPONDEN A MI HIJO
None of the health concerns listed in the box below apply to my child.

MI HIJO/A TIENE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD:

My child has the following special health concerns:

☐ ALERGIAS: (medicinas, comida, insectos, pólen, etc.) Liste por favor _____

Allergies: (drugs, food, insects, pollens). Please, list

¿En el pasado, se ha requerido una medida de emergencia a causa de una alergia? ☐ Sí ☐ No Si marcó "sí", describa la reacción: _____

****SE REQUIERE UN CERTIFICADO MEDICO PARA JUSTIFICAR ALERGIAS ALIMENTICIAS****

A FOOD ALLERGY SUBSTITUTE REQUIRES A PHYSICIAN'S STATEMENT OF DISABILITY

☐ ASMA ** Si contestó usted "Sí", complete el Historial de Asma al dorso del este formulario**

*Asthma **If yes, you must complete Asthma History Form***

☐ TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA/TDAH): Medicaciones: _____ Se tome en: ☐ Casa ☐ Escuela

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

Medications

Taken at Home / School

☐ DIABETES: ¿Usa insulina? ☐ Si ☐ No Médico: _____ Comentario: _____

☐ OIDOS: ☐ infecciones frecuentes ☐ tubos ☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo, fecha de colocación _____ ☐ dificultad para oír

Ears Frequent Infections Tubes (right, left, date inserted) Hearing difficulty. Explain

(explique) _____ ☐ audífono ☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo

¿Lo usa en la escuela? ☐ Sí ☐ No) ☐ otro _____ *Hearing Aid (Right, left, wear at school?)*

☐ OJOS: ☐ lentes (☐ para leer ☐ de lejos) ☐ lentes de contacto ☐ ojo perezoso (ambliopía) ☐ dificultad para ver ☐ cirugía previa

Eyes Glasses Reading Distance Contact Lenses Lazy eye

Difficulty seeing

Previous surgery

☐ DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL: ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Otro: _____

Mental health diagnostics

Anxiety

Depression

Other

☐ CONVULSIONES: Describa la convulsión _____ Médico: _____

Seizures. Please, describe

Fecha de la última convulsión _____ Medicación(es) _____

Date of last seizure

Medication

☐ OTRAS MEDICACIONES: _____ Razón por tomarlo _____ Se toma en: ☐ Casa ☐ Escuela

Other Medication

Reason

Taken at Home / School

OTRAS PREOCUPACIONES DE SALUD QUE PODRÍAN AFECTAR LA ESCUELA: _____

Other health concerns which could affect school

El distrito de Escuelas Públicas de Columbia garantiza que proveerá una educación pública gratuita y apropiada a todos los niños con discapacidades entre las edades de 3 y 21 años bajo su jurisdicción. Si sospecha que su estudiante tiene una dificultad de aprendizaje que no ha sido identificada listada bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA por sus siglas en inglés) o la Sección 504, comuníquese con el departamento de servicios especiales al (573) 214-3462. Si su estudiante ya tiene un programa de educación individual (IEP) o un plan de adaptación 504, comuníquese con el jefe del departamento.

The Columbia Public School district assures that it will provide a free, appropriate public education to all eligible children with disabilities between the ages of 3 and 21 under its jurisdiction. If you suspect that your student has an unidentified educational disability that would fall under IDEA or Section 504, contact the special services department at (573) 214-3462. If your student already has an individual education program (IEP) or a 504-accommodation plan, contact the building's department chair.

**** Se requiere una copia actual del récord de vacunas para inscribirse****

Copy of current immunization record must be presented to enroll

De acuerdo con la Junta de Educación, los padres serán notificados tan pronto como sea posible en caso de enfermedad o lesión grave. Se les dará a los estudiantes atención de emergencia por el personal escolar como se indica en el Manual del Estudiante. Los padres que no desean que sus hijos sean atendidos de acuerdo con la política de la junta debe indicarlo por escrito a:

HEALTH SERVICES COORDINATOR; 1818 W. Worley, Columbia, MO 65203.

In accordance with the Board of Education policy, parents/guardians will be notified as soon as possible in case of serious illness or injury. Students will be given emergency care by school personnel as indicated in the Student Handbook. Parents/guardians who do not wish their child cared for in accordance with this policy should indicate this in writing to:

Mi firma a continuación verifica que la información anterior es correcta. También permito que la enfermera de la escuela comparta información con el personal de la escuela según lo considere apropiado, para garantizar la salud y seguridad de mi hijo.

My signature below verifies the above information to be accurate. I also permit the school nurse to share information with school staff as deemed appropriate by the nurse, to provide for my child's health and safety.

Firma de Padre/Tutor
Signature of Parent/Guardian

Fecha
Date



Spanish - Asthma History Historial de Asma

COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Administration Building • 1818 W. Worley Street • Columbia, MO 65203

Complete SOLO si el estudiante tiene asma o historial de asma y devuelva la forma a la enfermera de la escuela.

Complete ONLY if student has asthma or history of asthma and return form to the school nurse.

Estudiante: _____ N.º de estudiante: _____ Grado: _____ Estatura: _____ Fecha: _____
Student Student No. Grade Height Date

¿Hay condiciones ambientales que puedan desencadenar un episodio de asma? (Marque todas las que correspondan)
Triggers that might start an episode for this student? (check all that apply)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Caspa animal
<i>Pet dander</i> | ☐ Humo de cigarrillo, olores fuertes
<i>Cigarette smoke, strong smells</i> | ☐ Cucarachas
<i>Cockroaches</i> | ☐ Ácaros de polvo
<i>Dust mites</i> |
| ☐ Emocional
<i>Emotions</i> | ☐ Ejercicio
<i>Exercise</i> | ☐ Alergia Alimentaria
<i>Food allergy</i> | ☐ Irritantes
<i>Irritants</i> |
| ☐ Moho
<i>Molds</i> | ☐ Pólenes
<i>Pollen</i> | ☐ Infecciones respiratorias
<i>Respiratory infections</i> | |
| ☐ Cambio de temperatura
<i>Temperature Changes</i> | ☐ Otro _____ | | |

1. ¿El estudiante tiene una receta médica actual para algunos de los siguientes medicamentos que debe tomar/usar diariamente para controlar los problemas respiratorios? (Marque todas las que correspondan) *Does this student have a current prescription for any of the following medications to be taken daily to control respiratory problems? (check all that apply)*

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Ninguno | ☐ Advair® | ☐ Albuterol | ☐ Alvesco® | ☐ Asmanex® |
| ☐ Atrovent® | ☐ Dulera® | ☐ Pulmicort® | ☐ QVar® | ☐ Singulair® |
| ☐ Symbicort® | ☐ Theophylline | ☐ Tilade® | ☐ Xopenex® | ☐ Other _____ |

2. ¿Cuántas veces en los últimos **tres años** ha requerido el estudiante un tratamiento urgente debido a problemas respiratorios? *How many times in the last 3 years has this student required urgent or emergency care due to respiratory problems?*

- ☐ Cero ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6 o más

3. ¿Cuántas veces en los últimos **tres años** este estudiante ha sido hospitalizado debido a problemas respiratorios? *How many times in the last 3 years has this student been hospitalized due to respiratory problems?*

- ☐ Cero ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6 o más

4. ¿Ha estado alguna vez ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por problemas respiratorios? Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
Previous admission to Intensive Care Unit (ICU) for respiratory problems?

5. ¿Cuántos días de escuela ha perdido el estudiante **el año pasado** debido a problemas respiratorios? *How many days of school did this student miss last school year due to respiratory problems?*

- ☐ Cero ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 o más

6. ¿Qué estaciones del año empeoran los síntomas de asma del estudiante? (Marque todas las que correspondan) *What seasons of the year make this student's asthma symptoms worse? (check all that apply)*

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| ☐ Las estaciones no afectan el asma
<i>Seasons do not affect asthma</i> | ☐ Otoño
<i>Autumn</i> | ☐ Invierno
<i>Winter</i> | ☐ Primavera
<i>Spring</i> | ☐ Verano
<i>Summer</i> |
|---|---|--|---|--|

7. ¿El estudiante reconoce los síntomas antes de un ataque de asma? Sí ☐ No ☐
Does this student recognize his/her early signs of worsening asthma?

8. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia durante el año el estudiante requiere el uso de un inhalador (Albuterol (ProAir®, Proventil® o Ventolin®) o Xopenex®, para aliviar sus problemas respiratorios? *Approximately how often in a year does this student require the use of quick relief medicine, Albuterol (ProAir®, Proventil® or Ventolin®) or Xopenex®, to relieve respiratory problems.*

- ☐ 5 o menos días **al año** ☐ 5 o menos días al **mes** ☐ 2 o menos días a la **semana** ☐ Más de 2 días a la **semana**

9. ¿El estudiante utiliza más de 3 inhaladores por año? Sí ☐ No ☐
Does this student use more than 3 canisters of quick relief medicine per year?

10. ¿Cuántas veces en el último año se le prescribió un esteroide sistémico (ej. Prednisona, Pediapred®, Orapred®, Medrol®) para el tratamiento de una enfermedad respiratoria? *How many times in the last year was the student prescribed a systemic steroid (ex. Prednisone, Pediapred®, Orapred®, Medrol®) for treatment of a respiratory flare up?*

☐ Cero a 1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6 o más

11. ¿Con qué frecuencia se despierta durante la noche con dificultades para respirar, tos, o sibilancias? *How often does this student awaken during the night having difficulty with coughing, wheezing or breathing?*

☐ Cero- 1 vez/mes ☐ 2 veces/mes ☐ 3-7 veces/mes ☐ 6 o más veces/mes

Plan de Administración de Medicinas para la escuela (Marque todas las que correspondan)

Medication plan for school (check all that apply)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ No tiene medicaciones en la escuela/ no lleva inhalador. <i>No medications at school/does not carry inhaler.</i> | ☐ Inhalador se mantendrá en la oficina de la enfermera. <i>Quick-relief inhaler to be kept in nurse's office.</i> | ☐ FEV1 o Suministros Peak Flow para el control del asma se mantendrá en la oficina de la enfermera. <i>FEV1 or Peak Flow monitoring supplies to be kept in nurse's office.</i> |
| ☐ Uso de inhalador para deportes u otras actividades extraescolares. <i>Inhaler for sports/extra-curricular only.</i> | ☐ Medicamentos diarios para el asma se mantendrán en la oficina de la enfermera. <i>Daily asthma medications to be kept in nurse's.</i> | |
| ☐ Llevará su inhalador durante las horas de escuela (SOLO estudiantes de escuela intermedia y secundaria) <i>Student will carry quick-relief inhaler during school hours (Middle and Senior HS students ONLY)</i> | ☐ Nebulizador y medicinas se mantendrán en la oficina de la enfermera. <i>Nebulizer tubing and medications to be kept</i> | |

Las enfermeras del distrito escolar de Columbia recomiendan tener un plan de acción contra el asma para todos los estudiantes con asma. Los estudiantes que van a recibir medicamentos para el asma en la escuela deben tener un plan de acción para el asma en el archivo. Un formulario está disponible en la oficina de la enfermera de la escuela. Si su doctor(a) ya ha desarrollado un plan de asma, por favor envíe una copia a la enfermera de la escuela. *Columbia Public School's nurses recommend having an Asthma Action Plan for all students with asthma. Students who will be receiving asthma medications at school must have an asthma action plan on file. A form is available from the school nurse. If your physician has already developed an asthma plan, please provide a copy to the school nurse.*

***** Favor tenga en cuenta: Si su hijo no ha utilizado medicamentos para el asma en más de 3 años y ya no cumple los criterios de asma persistente, la historia clínica puede ser cambiado para reflejar "historia de asma". Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a la enfermera de la escuela. ***Please note: If your child has not used asthma medication in more than 3 years and no longer meets the criteria of persistent asthma, the health record may be changed to reflect 'history of asthma'. For questions, please contact your school nurse.**