

STUDENT HEALTH INFORMATION

To help us provide your child with the best care, please complete this survey.

Student Last _____ First _____ Middle _____

Date of Birth ____/____/____ Grade _____ Gender: Male Female

Name of Parent/Guardian _____

Health Concerns – Check all that apply

Health Condition	Current	Past	Cause	Reaction	Specific Treatment
Allergy – Animal					
Allergy – Environmental					
Allergy – Food					
Allergy – Insect					
Allergy – Medication					
Asthma					
Frequent Ear Problems					
Hearing Problem					
Headaches					
Heart Condition					
Seizures					
Stomach/Bowel Problem					
OTHER					
Health Condition	Current	Past	Specific Treatment		
ADHD/ADD					
Bedwetting/Bladder Problems					
Bleeding Disorder					
Bone/Joint/Muscle Problems					
Cancer					
Concussion/Head Injury					
Cerebral Palsy					
Dental Problems					
Diabetes					
Hepatitis					
Kidney Problem					
Lyme Disease					
Meningitis – history					
Mental Health Concerns					
Muscular Dystrophy					
Nosebleeds					
Tuberculosis					

Additional Comments or explanations:

STUDENT HEALTH HISTORY INFORMATION FORM

Student Name _____

Vision Correction: Glasses Contacts NO Vision correction required

Chicken Pox? NO YES

Year/Age _____

Serious Injuries? NO YES

If yes, please describe the injury and when it happened.

Any limitations to your child's activities? NO YES

If yes, please explain. _____

Special Needs/Concerns (prosthesis, wheelchair, crutches, walker) _____

Does your child take any medication regularly? NO YES If yes, please explain:

Does your child need medication administered during the school day? NO YES

Please Note: A Medication and Procedure Consent form is required if medication is to be administered to a student at school by school personnel or for a student to self-administer emergency medication. For the safety of your child, all emergency medications (i.e. epipen, inhaler, glucagon) should be provided for use during the school day and at all school-sponsored activities.

Can child self-administer emergency medication (epipen, glucagon, inhaler)? YES NO

No Health Concerns at this time

NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM _____

PHONE Numbers:

Home _____ Work Phone _____ Cell _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Historia de Salud del Estudiante Forma de Información (Rev. 3/2015)

Nombre del Estudiante: Primer Nombre _____ Apellido _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ **Grado:** _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Padre/Guardián: _____

Preocupaciones de Salud del Estudiante—FAVOR DE MARCAR TODAS LAS QUE APLIQUEN

Condición de Salud	Presente	Pasado	Causa	Reacción	Tratamiento
Alergia—Animal					
Alergia — Ambiente					
Alergia— Comida					
Alergia — Insectos					
Alergia — Medicamento					
Asma					
Problemas frecuentes de Oído					
Problemas de Oído					
Dolores de Cabeza					
Problemas Cardíacos					
Convulsiones					
Problemas Intestinales					
OTRO					

Condiciones de Salud	Presente	Pasado	TRATAMIENTO ESPECÍFICO
TDAH/TDA			
Problemas de Enuresis/vejiga			
Trastorno de sangrado			
Problemas de hueso/coyuntura/músculos			
Cáncer			
Concusión/Lesión en la cabeza			
Parálisis Cerebral			
Problemas Dentales/Dentaduras			
Diabetes			
Hepatitis			
Problemas en los riñones			
Enfermedad de “Lyme” (garrapata)			
Meningitis—historia			
Preocupaciones de Salud Mental			
Distrofia Muscular			
Hemorragia Nasal			
Fiebre Reumática			
Tuberculosis			
OTRO			

Favor de explicar si se necesita: _____



Historia de Salud del Estudiante Forma de Información

Mi hijo requiere para corrección de su vista: lentes lentes de contacto NO requiere corrección para la vista

¿Ha tenido su hijo (a) varicela?: sí no año/edad /

¿Ha tenido su hijo alguna lesión seria? sí no si su respuesta es sí, por favor describa la lesión y cuando sucedió

¿Ha tendido su hijo (a) alguna cirugía? Sí No si su respuesta es sí, por favor describa la cirugía y cuando sucedió

Hay algunas limitaciones en las actividades de su hijo? Sí No

Si su respuesta es sí, favor de explicar: _____

Necesidades Especiales/Preocupaciones (prótesis, silla de rueda, muletas, andador): _____

Toma algún medicamento regularmente su hijo? Sí No

Si su respuesta es sí, favor de explicar: _____

¿Su hijo (a) necesita que la medicina sea administrada en la escuela? Sí No Si su respuesta es sí, por favor solicite la Forma de Consentimiento Medico y de Procedimiento.

FAVOR DE NOTAR: Una “Forma de autorización para suministrar medicina” es requerida para que el personal escolar pueda suministrar el medicamento o si su hijo (a) se lo puede suministrar por si solo.

Por la seguridad de su hijo (a), todas las medicinas de emergencia (por ejemplo, EpiPen, inhalador, glucagón) deben estar en la escuela en caso que se necesiten durante el día escolar o en todas las actividades escolares.

¿Tiene la habilidad su hijo (a) de poder suministrarse por si solo su medicamento (auto inyectora, medicina glucagón, inhalador)?

Sí No

¿Existe alguna preocupación de salud que le gustaría platicar con la enfermera escolar en este momento? Sí No

Ninguna Preocupación de Salud al Presente

Nombre de la persona completando esta forma : _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____