

Date _____
Teacher _____
Grade _____

Health Office Use Only
Health Clerk Int. _____
Enrollment Date _____

Health and Medical Information 2022-23

Medical information that is necessary to assure the health and safety of your child will be shared with appropriate staff.

Student's Last Name _____ First Name _____ Birthdate _____
Parent's Name _____ Telephone Home/Cell _____

Allergies

___ **Bee Sting:** Symptoms _____ Medication: _____
___ **Food:** _____
Symptoms _____ Medication: _____
___ **Seasonal/Pollen/Grass:** Symptoms _____ Medication: _____
___ **Medication Allergy:** Name _____ Symptoms _____
___ **Other:** _____ Symptoms _____ Medication: _____

*Any of the above medication listed needed at school Yes ___ No ___

Conditions

| | | | |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------------------|
| ADHD | Yes ___ No ___ | Medication: _____ | Needed at School Yes ___ No ___ |
| Asthma | Yes ___ No ___ | Medication: _____ | Needed at School Yes ___ No ___ |
| Diabetes | Yes ___ No ___ | Medication: _____ | Needed at School Yes ___ No ___ |
| Eczema | Yes ___ No ___ | Medication: _____ | Needed at School Yes ___ No ___ |
| Seizures | Yes ___ No ___ | Medication: _____ | Needed at School Yes ___ No ___ |

Health History

Kidney Disease Yes ___ No ___ **Heart Condition** Yes ___ No ___ **Orthopedic Issues** Yes ___ No ___
Head Injury Yes ___ No ___ *If yes, please explain: _____

Any ER Visits, Surgeries, or Hospitalizations within the past year: _____

History of (3 or more times per year) please mark all that apply

___ **Ear Infections** ___ **Sore Throat/Cough/Strep** ___ **Bloody Nose**

Wears Glasses No ___ Yes ___ ___ **At all times** ___ **Reading Only** ___ **Distance Only**

Hearing Problem No ___ Yes ___ **Wears Hearing Aids** No ___ Yes ___

Date of last: Physical/Doctor's Visit: _____ Dentist Visit: _____

Any additional health information: _____

Note: If your student requires any type of medication or use of an inhaler on campus, a Request of Administration form needs to be completed by you and your student's physician. Forms can be picked up in the health office.

X _____
Signature of Parent or Guardian

Fecha _____
Maestro _____
Grado _____

Oficina de Salud Use Solo
Empleado de Salud Int. ____
Fecha de Inscripción ____

Salud y información médica 2022-23

La información médica que sea necesaria para garantizar la salud y la seguridad de su hijo(a) será compartirá con el personal apropiado.

Apellido del Alumno _____ Primer Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre del Padre _____ Teléfono de hogar/cell _____

Alergias

___ **Piquete de abeja:** Síntomas _____ Medicación: _____

___ **Alergias alimentarias:** Síntomas _____ Medicación: _____

___ **Estacional/Polen/Hierba:** Síntomas _____ Medicación: _____

___ **Alergia a los medicamentos:** Nombre _____ Síntomas _____

___ **Otros:** _____ Síntomas _____ Medicación: _____

*Cualquiera de los medicamentos mencionados anteriormente son necesarios en la escuela? Yes ___ No ___

Condiciones

ADHD Sí ___ No ___ Medicación: _____ Necesario en la escuela Sí ___ No ___

Asma Sí ___ No ___ Medicación: _____ Necesario en la escuela Sí ___ No ___

Diabetes Sí ___ No ___ Medicación: _____ Necesario en la escuela Sí ___ No ___

Eczema Sí ___ No ___ Medicación: _____ Necesario en la escuela Sí ___ No ___

Convulsiones Sí ___ No ___ Medicación: _____ Necesario en la escuela Sí ___ No ___

Historial de salud

Enfermedad del riñón Yes ___ No ___ **Condición de Corazón** Yes ___ No ___ **Problemas ortopédicos** Yes ___ No ___

Trauma en la cabeza Yes ___ No ___ *En caso afirmativo, por favor explique: _____

Cualquier visita a la sala de emergencias, cirugía o hospitalización dentro del año pasado: _____

Historial de (3 o más veces al año) por favor marque todos los que apliquen

___ **Infecciones del oído** ___ **Dolor de garganta/tos/estreptococos** ___ **Nariz sangrante**

Usa lentes No ___ Sí ___ **Todo el tiempo** ___ **Solo para leer** ___ **Solo para distancia** ___

Problemas al oír No ___ Sí ___ **Usa audífonos** No ___ Sí ___

Fecha de la última: Visita física/al médico: _____

Cualquier información de salud adicional: _____

Nota: Si su estudiante requiere cualquier tipo de medicamento o el uso de un inhalador en el campus, usted y el médico de su estudiante deben completar un formulario de Solicitud de Administración. Los formularios se pueden recoger en la oficina de salud.

X _____
Firma del padre o Guardián