

Student Health Information 2024-2025

This care is required for every student, every year. Information will be shared among school staff with a need to know.
Parent is also responsible to notify school personnel regarding student's special needs.

Student Name (Last, First) _____ School _____

Date of birth _____ Grade / Room _____ / _____ Male ___ Female ___ Student lives with: Mother ___ Father ___ Both ___ Other: _____

Parent/Guardian Name: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Relationship to student: _____

2nd Emergency Contact Name: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Relationship to student: _____

Family Translator Name: _____ Phone Number: _____ Relationship to student: _____ OK to contact in emergency? Yes ___ NO ___

Refugee Relocation Agency _____

Health Insurance: Medicaid ___ CHP+ ___ Private ___ None ___ Dr/Clinic Name: _____ Phone Number: _____

Medication at School: *Our school DOES NOT GIVE ANY MEDICATION AT SCHOOL WITHOUT a signed "Permission to give Medication" form on file with a health care provider's signature and parent signature. You must supply the medication in an unopened originally labeled container or prescription bottle.*

(Please use a separate page if necessary to fully describe the child's health conditions. This information is for the school nurse to address student's health needs and plan for appropriate care at school)

Vision or Hearing Concerns	Describe conditions and appliances: ___ Hearing aid ___ left ___ right ___ glasses ___ Contact lenses	Type of support needed at school:		
Allergies	Specify drug, food, insect, other:	Describe what happens when exposed	Medications at home	Medications at school
Asthma	Used inhaler in past 3 years? ___ Yes ___ No Triggers: ___ Weather ___ Illness ___ Exercise ___ Animals ___ Other:	Describe signs of asthma	Medication at home	Medication at school
Diabetes	Date of diagnosis:	Describe student's ability to care for self	Medication at home	Medication at school
Seizures	Date of diagnosis: Date of last seizure:	Describe seizures	Medication at home	Medication at school
Behavioral (ADD, Depression, Emotional Concerns)	Diagnosis:	Type of support needed at school	Medication at home	Medication at school
Other Health Concerns	Describe:	Medical procedures/ Equipment	Medication at home	Medication at school

(History of Head Injury)				
--------------------------	--	--	--	--

My child has NO significant health concerns or medications

Signature of Parent/Guardian _____ Print Name _____ Date _____

(Revised 05/19)

Información sobre la salud del estudiante para el ciclo escolar 2024-2025

Este formulario es un requisito anual para cada estudiante. La información será compartida entre el personal escolar que la necesite.

El padre es responsable de avisar al personal escolar de las necesidades especiales del estudiante.

Apellido del estudiante _____ Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Grado / Salón _____ / _____ Masculino Femenino El estudiante vive con: Madre Padre Los dos Otro adulto: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Relación con el estudiante: _____

2° contacto de emergencia: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Relación con el estudiante: _____

Nombre del traductor de la familia: _____ Número telefónico: _____ Relación con el estudiante: _____

¿Está de acuerdo que contactemos esta persona en caso de emergencia? Si No Agencia de traslado de refugiados _____

Seguro médico: Medicaid CHP+ Particular Ninguno Nombre del Doctor/consultorio: _____ Número telefónico: _____

Medicamentos en la escuela: La escuela NO DA NINGUNA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA SIN un formulario de "Permiso para administrar medicamentos" firmado con la firma del proveedor de atención médica y la firma de los padres. Debe suministrar el medicamento en un envase original etiquetado sin abrir o en un recipiente con receta.

(Por favor utilice una página adicional, si la necesita, para describir totalmente las condiciones médicas del niño. Esta información se necesita para que la enfermera escolar trate las necesidades médicas del estudiante y planee el cuidado apropiado en la escuela.)

Problemas de la visión o audición	Describe condiciones y los aparatos: __ audifonos __ izquierdo __ derecho __ lentes __ lentes de contacto	Tipo de apoyo que se necesita en la escuela:		
Alergias	Especifique a que medicamento, alimento, insecto u otra sustancia:	Describe lo que sucede cuando es expuesto a ello:	Medicamentos en la casa	Medicamentos en la escuela
Asma	¿Utilizó inhalador en los últimos 3 años? __ Si __ No Provocado por: __ Clima __ Enfermedad __ Ejercicio __ Animales Otro: _____	Describe las señales del asma:	Medicamentos en la casa	Medicamentos en la escuela
Diabetes	Fecha del diagnóstico:	Describe la habilidad del estudiante para tratarse a si mismo:	Medicamentos en la casa	Medicamentos en la escuela
Ataques epilépticos	Fecha del diagnóstico:	Describe un ataque epiléptico común del estudiante:	Medicamentos en la casa	Medicamentos en la escuela

	Fecha del último ataque (mes/día/año):			
Comportamiento (hiperactividad, depresión, problemas, afectivos)	Diagnóstico:	Tipo de apoyo que se necesita en la escuela:	Medicamentos en la casa	Medicamentos en la escuela
Otros problemas médicos (Historia de trauma/accidente en la cabeza)	Describe:	Procedimientos o equipos médicos:	Medicamentos en la casa	Medicamentos en la escuela

___ **Mi hijo NO tiene ninguna condición médica ni toma ningún medicamento significativo.**

Firma del padre/tutor _____ Escriba el nombre y apellido en letra de molde _____ Fecha (mes/día/año) _____

(Revised 05/19)