



2020-21 Annual Health Inventory

THIS IS A REQUIRED FORM TO BE COMPLETED EVERY SCHOOL YEAR. IT IS DUE THE FIRST DAY OF SCHOOL.

Child's Name: _____ Birth Date: _____ Age: _____

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____ Date: _____

Is your child under the care of a medical specialist (i.e., ear doctor, allergist, orthodontist or psychologist)? YES NO

If YES, please explain: _____

Has your child had a physical exam within the last year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Provider: _____	Exam Date: _____
Has your child had an eye exam within the last year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Provider: _____	Exam Date: _____
Does your child wear glasses or contact lenses at school?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Provider: _____	Exam Date: _____
Has your child had a dental exam within the last year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Provider: _____	Exam Date: _____
Does your child have a hearing loss? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Wears hearing aids <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Provider: _____	Exam Date: _____
Has your child had an operation and/or serious illness?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Please specify: _____	

HEALTH CONCERNS – LIFE THREATENING HEALTH CONDITIONS

If a life threatening health condition exists, a medication/treatment order from a Licensed Health Professional must be provided to your child's school prior to his/her attendance. If a health condition exists, an Emergency Care Plan may be developed by the District School Nurse.

My child **DOES NOT** have any health concerns.

If there are health concerns, check all that apply:

- ASTHMA Rescue Inhaler: Yes No Date last used: _____ Triggers? _____
 - ALLERGIES Localized Severe (Anaphylactic)
ALLERGY TYPE: Food Medication Stinging Insect Latex Environmental Other _____
List Allergies: _____ Treatment: _____
 - DIABETES: Type 1 Type 2 Managed by: Diet only Oral meds Insulin injections Insulin pump
 - SEIZURE DISORDER Type of seizure: _____ Date of last seizure: _____ Diastat: Yes No Lorazepam: Yes No
 - CANCER/BLOOD DISORDER: Please specify: _____
 - ANOREXIA OR BULIMIA KIDNEY DISEASE ADD/ADHD AUTISM FREQUENT NOSEBLEEDS FREQUENT HEADACHES
 - FREQUENT STOMACH ACHES HEPATITIS HEART CONDITION/DISEASE RHEUMATIC FEVER SERIOUS HEAD INJURY
 - OTHER HEALTH CONCERNS
- Please explain any items that you have checked: _____

Does your child have any other condition that might affect learning? _____

Does your child have a condition that requires special consideration in the classroom or for physical education? _____

Has there been any traumatic event in your family within the past 12 months that would affect your child's school experience adversely? _____

MEDICATIONS

Prior to any medication given at school, a written authorization is required from a Licensed Health Professional and parent/legal guardian. An Authorization for Administration of Medication form is available from the school office or on the district web site home page under Parent and Student, Student Health, Student Medication Administration Forms.

Is medication needed at home? Yes No If yes, name of medication and condition _____

Is medication needed at school? Yes No If yes, name of medication and condition _____

In the event of an emergency that requires medical treatment and/or hospitalization, the school is authorized to contact 911 and/or:

Physician Name: _____ Physician Address: _____ Physician Telephone: _____

Parent Telephone: _____ Emergency Contact Telephone: _____

My signature grants permission for the school nurse to contact/discuss/review information regarding my child's medical care with the healthcare provider.

Signature Parent/Guardian: _____

Date: _____



2020-21 Inventario Anual de Salud

SE REQUIERE QUE SE COMPLETE ANUALMENTE ESTE FORMULARIO. FECHA DE VENCIMIENTO ES EL PRIMER DIA DE ESCUELA.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____ Fecha: _____

¿Está su niño bajo el cuidado de un médico especialista? (por ejemplo, doctor de oídos, alergista, ortodontista o psicólogo) Sí No

Si eso es el caso, explique por favor: _____

¿Ha tenido su niño un examen físico durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proveedor:	Fecha del examen:
¿Ha tenido su niño un examen de los ojos durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proveedor:	Fecha del examen:
¿Usa su niño en la escuela anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proveedor:	Fecha del examen:
¿Ha tenido su niño un examen dental durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proveedor:	Fecha del examen:
¿Tiene su hijo pérdida de audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa audífonos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Proveedor:	Fecha del examen:
¿Ha tenido su hijo una operación o enfermedad grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique por favor:	

PROBLEMAS DE SALUD – CONDICIONES DE SALUD PELIGROSAS

Si existe una condición de salud peligrosa, una orden de medicación o tratamiento de un profesional de salud con licencia debe ser proporcionado a la escuela de su hijo antes de que asista la escuela. Si existe una condición de salud, un plan de atención de emergencia podrá ser desarrollado por la enfermera escolar.

Mi hijo/a **NO TIENE NINGUN** problema de salud.

Si tiene problemas de salud, marque lo que corresponda:

ASMA Inhalador de rescate: Sí No Fecha de última vez usada: _____

ALERGIAS Localizadas Severa (anafiláctico)

TIPO DE ALERGIA: Comida Medicamento Picadura de insecto Látex De medio ambientales Otro _____

Liste las alergias: _____ Tratamiento: _____

DIABETES: Tipo 1 Tipo 2 Administrado por: Solamente con dieta medicamento oral inyecciones de insulina pompa de insulina

DESORDEN CONVULSIVO: Tipo de convulsión _____ Fecha de ultima convulsión _____ Diastat: Sí No Lorazepam: Sí No

CANCER/DESORDEN SANGUINEO: Por favor especifique: _____

ANOREXIA O BULIMIA ENFERMEDAD RENAL ADD/ADHD AUTISMO HEMORRAGIAS FRECUENTES NASALES

DOLORES FRECUENTES DE CABEZA DOLORES FRECUENTES DE ESTÓMAGO HEPATITIS

CONDICIÓN O ENFERMEDAD DEL CORAZÓN FIEBRE REUMÁTICA LESIONES GRAVES EN LA CABEZA

OTRAS PROBLEMAS DE SALUD

Por favor explique cualquier condición que marco: _____

¿Tiene su niño cualquier otra condición que quizás afecte su aprendizaje? _____

¿Tiene su niño otra condición que requiere consideración especial en clase o para la educación física? _____

¿Ha tenido algún evento traumático en su familia durante los últimos 12 meses que afectaran la experiencia escolar de su hijo de manera adversa? _____

MEDICAMENTOS

Antes de administrar cualquier medicamento en la escuela, se requiere una autorización por escrito de un profesional de salud con licencia y del padre/tutor legal. Una Autorización para la Administración de Medicamentos

¿Necesita su medicamento en casa? Sí No Si eso es el caso, nombre del medicamento y condición _____

¿Necesita su medicamento en la escuela? Sí No Si eso es el caso, nombre del medicamento y condición _____

En caso de una emergencia que requiera tratamiento médico u hospitalización, la escuela está autorizada a llamar al 911 y/o a:

Nombre de Doctor: _____ Domicilio de Doctor: _____ Teléfono de Doctor: _____

Nombre de Padre: _____ Teléfono: _____ Teléfono Contacto de emergencia: _____

Mi firma concede permiso para que la enfermera de la escuela se ponga en contacto o pueda discutir o revisar la información sobre la atención médica de mi hijo con su médico.

Firma del padre /tutor: _____ Fecha: _____