



IMPORTANT HEALTH ISSUES

Please complete this form first

Student's Name:			School Enrolling for:
_____	_____	_____	Grade Enrolling for:
<i>Last</i>	<i>First</i>	<i>Middle Initial</i>	
Parent / Guardian Name: _____			Home phone: _____
E-mail address: _____			Cell phone: _____

Will your child require special assistance at school for any of the following reasons?

- Yes No *allergy requiring medication *Emergency medication:* _____
- Yes No *blood disorder *Student is severely allergic to:* _____
- Yes No *cancer (history of)
- Yes No *catheterization
- Yes No *diabetes
- Yes No *heart condition (current)
- Yes No *intravenous catheter or port
- Yes No *medical limitations to physical activities
- Yes No *seizures
- Yes No *swallowing difficulties
- Yes No *tube feeding
- Yes No *wears diapers
- Yes No *wets or soils clothing with urine or stool
- Yes No *wheelchair
- Yes No asthma
- Yes No requires respiratory assistance; such as the Nebulizer machine (Pulmo-Aide)
- Yes No arthritis
- Yes No braces or prosthetics (arms, legs)
- Yes No crutches
- Yes No Does your child have a current 504 Plan or an IEP?
- Yes No Does your child require ongoing medication? *Name of med* _____
Med given at home? _____ *Med to be administered at school?* _____
- Yes No Does your child have other health issues? *If yes, please explain:* _____
- _____

If you have indicated 'yes' to any of the above health issues marked with an asterisk(*), your child will not be allowed to start school until the School Nurse is consulted. Please complete and sign a HIPAA form, available in the school office, if you have checked yes to a health issue marked with an asterisk(*)

Parent / Guardian Signature _____ Date _____ School Nurse Signature _____



DATOS IMPORTANTES SOBRE SALUD

Favor de contestar este formulario primero

Nombre del estudiante:	Escuela en que se inscribe:
Apellido Primer nombre Inicial del 2º nombre	Grado en que se inscribe:
Nombre del padre o tutor: _____	Teléfono en casa: _____
Dirección electrónica: _____	Celular: _____

¿Necesitará su niño ayuda especial en la escuela debido a alguna de las siguientes razones?

- Sí No *medicamento para alergia *Medicamento en caso de emergencia:* _____
- Sí No *enfermedad de la sangre *El estudiante es muy alérgico a:* _____
- Sí No *cáncer (ha padecido)
- Sí No *sonda
- Sí No *diabetes
- Sí No *problema cardíaco (actual)
- Sí No *sonda intravenosa o un puerto
- Sí No *limitaciones médicas a las actividades físicas
- Sí No *convulsiones
- Sí No *dificultad para tragar
- Sí No *tubo de alimentación
- Sí No *usa pañales
- Sí No *se ensucia la ropa con orina o excremento
- Sí No *silla de ruedas
- Sí No asma
- Sí No necesita ayuda respiratoria, como máquina nebulizadora (*Pulmo-Aide*)
- Sí No artritis
- Sí No aparatos ortopédicos o prótesis (brazos, piernas)
- Sí No muletas
- Sí No ¿Tiene su niño un Plan 504 o un *IEP* actual?
- Sí No ¿Requiere su niño medicamento constante? *Nombre del medicamento* _____
¿Toma medicina en casa? _____ *¿Debe dársele medicina en la escuela?* _____
- Sí No ¿Tiene su niño otros problemas de salud? *De ser así, sírvase explicar:* _____

Si contestó 'sí' a cualquiera de los problemas de salud marcados con un asterisco (*), no se le permitirá a su niño ingresar a clases hasta que se consulte con la enfermera escolar.
Favor de llenar y firmar un formulario *HIPAA*, disponible en la oficina escolar, si ha indicado 'sí' en alguno de los problemas de salud marcados con un asterisco (*).

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____ Firma del Enfermero(a) Escolar _____