

# Centralia School District Student Medical History

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Please check any health concerns that your child has. This information will be helpful to the school nurse and school staff in determining your child's particular needs in order to keep him safe at school. It is confidential - shared only on a "need to know" basis with school staff. If your child does NOT have any health concerns, simple check here:  No Health Concerns at this time. Please return this to your child's school within 7 days to prevent further attempts to collect this information.

## ALLERGIES:

- Bee sting/insect bite allergy
- Food/nut allergy
- Latex allergy
- Other
- Uses Benadryl
- Uses an EpiPen

## RESPIRATORY:

- Asthma
- Uses an Inhaler
- Frequent colds, sore throats
- Other

## CARDIOVASCULAR:

- Heart disease or condition
- High blood pressure
- Blood diseases or disorders
- Other

## HEARING PROBLEMS:

- Hearing loss
- Uses hearing aids
- Frequent ear infections
- Other

## DIABETES:

- Non-insulin dependent
- Insulin dependent

## MEDICATIONS:

List Medication(s) given at home and what they are used to treat: \_\_\_\_\_

List Medication(s) given at school and what they are used to treat: \_\_\_\_\_

Washington State Law, SHB 2834, requires written authorization from a licensed health care provider before any prescription or over-the-counter medication can be taken at school: also a nursing plan must be in place before a student with a life-threatening health condition can attend school. Forms are available in the school health rooms and must be renewed every school year.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Telephone number: Home ( ) \_\_\_\_\_ Work ( ) \_\_\_\_\_ Cell ( ) \_\_\_\_\_

Reviewed by CSD school nurse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Centralia Schools, PO Box 610, Centralia, WA 98531

# Distrito Escolar de Centralia

## Forma de Historia Médica del Estudiante

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Por favor tachar cualquier problemas de que salud a tenido su niño. Esta información le ayuda a la enfermera de la escuela y el personal de la escuela sabiendo como asegurar las necesidades de su niño para que este seguro en la escuela. Tenga confianza que esta información es confidencial. Si su niño NO tiene problemas de salud, solamente tachar aquí, \_\_\_\_ No problemas de salud a este tiempo. Por favor regresar la forma a la escuela de su niño en 7 días para prevenir teniendo que llamarle para información.

**ALERGIAS:**

- \_\_\_\_\_ picadura de a beja, insecto alergia
- \_\_\_\_\_ comida/nuez
- \_\_\_\_\_ Látex alergia
- \_\_\_\_\_ otra
- \_\_\_\_\_ usa Benadryl
- \_\_\_\_\_ usa una EpiPen

**RESPIRATORIO:**

- \_\_\_\_\_ asma
- \_\_\_\_\_ usa un inhaler
- \_\_\_\_\_ frecuentes catarros, dolores de garganta
- \_\_\_\_\_ otra

**CARDIOVASCULAR:**

- \_\_\_\_\_ enfermedad del corazón
- \_\_\_\_\_ la presión alta
- \_\_\_\_\_ enfermedad de la sangre
- \_\_\_\_\_ otra

**PROBLEMAS DE AUDICIÓN (OÍDO):**

- \_\_\_\_\_ pérdida de la audición
- \_\_\_\_\_ usa instrumento auditivo
- \_\_\_\_\_ frecuentes infecciones de oídos
- \_\_\_\_\_ otra

**DIABETES:**

- \_\_\_\_\_ No dependiente en insulina
- \_\_\_\_\_ Insulina dependiente

**MEDICINAS:**

Lista de medicina(s) tomadas en la casa y para que: \_\_\_\_\_

Lista de medicina(s) tomadas en la escuela y para que: \_\_\_\_\_

La ley del Estado de Washington, SHB 2834, dice que una forma tiene que ser llenada por un Doctor, Medico, dando permiso antes que los estudiantes pueden recibir medicina de prescripción o medicina sin prescripción en la escuela. Tambien un plan para cuidar a los enfermos que necesitar cuidado por su salud para ir a la escuela. Puede recibir estas formas en los cuartos de salud de la escuela y tiene que renovar cada año escolar.

Padre/Guardian firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celluar ( ) \_\_\_\_\_

Revisión por la CSD escuela enfermeda: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Centralia Schools, PO Box 610, Centralia, WA 98531