

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