

HEALTH INFORMATION

Student Information:

Last Name _____ **First Name** _____ **Middle Initial** _____

DOB _____

Parent/Guardian Name _____

Phone Numbers: Home _____ Cell _____

Please complete this form providing current student health information and return to your student's school as soon as possible. It is the responsibility of the parent to provide health information, special food needs, and medications in school. If you have any questions, please call the District Nurse @ 503-673-7021

ALLERGY: __NO __YES. Describe to what: _____

Every had an anaphylactic reaction __No __Yes.
Describe: _____

ASTHMA __NO __YES

Does Asthma limit any school activity? __No __Yes.
Describe: _____

Daily Medication needed at school? __No __Yes. List: _____

SEIZURES: __NO __YES

Last seizure _____ Medication needed at school __No __Yes
List: _____

DIABETES: __NO __YES Describe _____

Insulin needed at school __No __Yes

If yes, ___pen___pump

OTHER MEDICALLY VERIFIABLE ISSUES: _____

School Use Only:

School: _____ **School Year** _____

If Parent has answered yes to any of the questions please return to Brenda Hogan in Nursing Services ASAP

Hoganb@wlwv.k12.or.us

Fax Number 503-673-7003

Información del estudiante:

INFORMACION SOBRE LA SALUD

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Padre o Guardián _____

Número de teléfono _____ Celular _____

Por favor, complete este formulario con la información actual de salud del estudiante y regrese a la escuela lo más pronto posible. Es la responsabilidad de los padres proporcionar información a la escuela sobre la salud, las necesidades de alimento especiales, y medicamentos que requiere su hijo/a/ Si usted tiene preguntas, por favor contactar a la Enfermera del Distrito al 503-673-7014

Alergias: Si ___ No ___

¿Que Alergias? _____

¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica? Sí ___ No ___

Describe: _____

Asthma: Si ___ No ___

¿El Asthma limita cualquier actividad de la escuela? Sí ___ No ___

¿Qué limita? _____

¿Se requiere medicación diaria en la escuela? Sí ___ No ___

Convulsiones: Si ___ No ___

Ultima Convulsión _____ ¿Medicamento requerido en la escuela? Si ___ No ___

Liste los medicamentos _____

Diabetes: Si ___ No ___

¿Se requiere insulina en la escuela? Sí ___ No ___

Si contesto "Si", pluma _____ bomba _____

Algún otro asunto medicamente comprobable: _____

