

CLARK COUNTY SCHOOL DISTRICT
Student Health Information for School Year _____

Student Name: Last	First	MI	Student #	<input type="checkbox"/> Male	Grade	Birthdate
				<input type="checkbox"/> Female		
Parent/Guardian Name			Parent/Guardian Name			

Current Health Concerns

Please Complete, Sign, and Date. Letters noted next to conditions are used for computer coding only.

Cardiac/Heart: (T)

- Murmur
- Defect
- Other _____
- Pacemaker
- Defibrillator

Respiratory: (A)

- Asthma (A)
- Cystic Fibrosis (U)
- Other _____
- Tracheostomy (U)

Vision/Hearing:

- Glasses/Contacts (G)
- Vision Deficit - not corrected with glasses (V)
- Hearing Deficit (R)
- Other _____
- Color Deficiency (W)
- Hearing Aids (H)

Digestive/Urinary: (U)

- Irritable Bowel Syndrome
- Crohn's Disease
- Chronic Constipation
- Colostomy
- Special diet prescribed by physician: _____
- Other _____
- Urinary Dysfunction
- Nephrotic Syndrome
- Feeding Tube

Psychological: (Y)

- Anxiety
- Depression
- Bipolar
- Other _____
- OCD
- Mood Disorder
- Psychosis

Endocrine/Blood:

- Diabetes (D)
- Thyroid Disorder (U)
- Adrenal Insufficiency (U)
- Other _____
- Sickle Cell (B)
- Hemophilia (B)
- Anemia (B)

Immune/Allergies:

- Potentially Severe Reaction: (P) _____
- Food Allergy: (C) _____
- Environmental: (Q) _____
- Skin Problem: (S) _____
- Lupus (U)
- Other _____
- Immunosuppression (U)

Neuro/Muscular/Skeletal:

- Seizures (E)
- ADD/ADHD (J)
- Autism (N)
- Migraines (L)
- Cerebral Palsy (N)
- Amputation/Prosthesis (O)
- Other _____
- Scoliosis (O)
- Muscular Dystrophy (N)
- Multiple Sclerosis (N)
- Tourette Syndrome (N)
- Spina Bifida (N)
- Cerebral Shunt (N)

Other:

- Cancer (K)
- Genetic Syndrome (F)
- Immunization Exemption (I) *Only medical and religious accepted*
- Other _____

No Known Health Concerns (Z)

List all current medication(s): _____

List any medication allergies: _____

Is medication needed at school? Yes No (If yes, parent/guardian must contact the Health Office)

Does student carry and administer the medication at school? Yes No (If yes, parent/guardian must contact the Health Office)

Can the student take PE/Recess? Yes No (If No, parent/guardian must obtain the required form from the Health Office)

Please Note:

- Health information will be provided to appropriate school staff members as necessary to facilitate a safe, supportive environment. It is important that significant student health concerns and changes in student health status be reported to the school Health Office.
- Students may have vision, hearing or spinal (alignment of back) screenings performed, based on state mandates or because a health problem is suspected. Please notify your school nurse in writing if you do not want your child to participate in any of these screenings. (X)
- Do you give consent for height/weight measurement? (PLEASE CHECK ONE) Yes No
- Do you give consent for dental screening (visual check)? (PLEASE CHECK ONE) Yes No

Parent/Guardian Signature (Required) _____

Date _____

[Reviewed by Health Office staff: _____ ; Entered into HMS _____]

Distrito Escolar Del Condado De Clark

Información de Salud del Estudiante para el Año Escolar _____

CCF-768
Rev. 8/12

Nombre del Estudiante: Apellido	Nombre Inicial	# de Estudiante	<input type="checkbox"/> Masculino	Grado	Fecha de Nacimiento
			<input type="checkbox"/> Femenino		
Nombre del Padre/Tutor			Nombre del Padre/Tutor		

Preocupaciones de Salud Actuales

Por favor Complete, Firme, y Ponga la Fecha. Las letras enumeradas junto a las condiciones son utilizadas solamente para la codificación en la computadora.

Cardiaca/Corazón: (T)

- Sople Marcapasos
 Defecto Desfibrilador
 Otra _____

Respiratoria: (A)

- Asma (A) Traqueostomía (U)
 Fibrosis Cística (U)
 Otra _____

Visión/Audición:

- Lentes/Lentes de Contactos (G) Deficiencia de Color (W)
 Déficit de la Vista – no corregible con lentes (V)
 Déficit de la Audición (R) Audífonos (H)
 Otra _____

Digestiva/Urinaria: (U)

- Síndrome de Intestino Irritable Disfunción Urinaria
 Enfermedad de Crohn Síndrome Nefrótico
 Estreñimiento Crónico Alimentación a través de una Sonda
 Colostomía
 Dieta especial prescrita por un médico: _____
 Otra _____

Psicológica: (Y) Medicamento: _____

- Ansiedad TOC
 Depresión Trastorno de Estado de Animo
 Bipolar Psicosis
 Otra _____

Endocrina/Sanguínea:

- Diabetes (D) Drepanocito (B)
 Trastorno de la Tiroides (U) Hemofilia (B)
 Insuficiencia Suprarrenal (U) Anemia (B)
 Otra _____

Inmune/Alergias:

- Posible Reacción Severa: (P) _____
 Alergia Alimenticia: (C) _____
 Medioambiental: (Q) _____
 Problema en la Piel: (S) _____
 Lupus (U) Supresión Inmunológica (U)
 Otra _____

Neuro/Muscular/Ósea:

- Ataques (E) Escoliosis (O)
 TDA/TDAH (J) Distrofia Muscular (N)
 Autismo (N) Esclerosis Múltiple (N)
 Migrañas (L) Síndrome de Gilles de la Tourette (N)
 Parálisis Cerebral (N) Espina Bífida (N)
 Amputación/ Prótesis (O) Derivación Cerebral (N)
 Otra _____

Otra:

- Cancer (K)
 Síndrome Genético (F)
 Exención de Inmunizaciones (I) *Solo se aceptan médicas y religiosas*
 Otra _____

Se Desconocen Preocupaciones de Salud (Z)

Liste todos los medicamentos actuales: _____

Liste cualquier alergia a medicamentos: _____

¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No (Si contestó sí, comuníquese con la Oficina de Salud)

¿El estudiante lleva y administra el medicamento en la escuela? Sí No (Si contestó sí, el padre/tutor debe comunicarse con la Oficina de Salud)

¿Puede el estudiante hacer Educación Física/Recreo? Sí No (Si contestó no, obtenga el formulario exigido de la Oficina de Salud)

Por favor tenga en cuenta:

- La información sobre la salud se comunicará a los maestros y personal adecuado según sea necesario para asegurar un entorno seguro y de apoyo. Es importante que las preocupaciones significantes de salud y cambios en el estado de salud del estudiante se informen a la Oficina de Salud.
- Podría ser que se realicen exámenes de la vista, audición, o espina (alineación de la espalda) de los estudiantes, basado en los mandatos estatales o porque existe la sospecha de un problema de salud. Por favor notifique a su enfermera escolar por escrito si usted no desea que su hijo participe en alguna de estas exámenes. (X)
- ¿Da consentimiento para que se examine la estatura/peso? (POR FAVOR MARQUE UNA) Sí No
- ¿Da consentimiento para que se examine el estado dental? (POR FAVOR MARQUE UNA) Sí No

Firma del Padre/Tutor (Exigida) _____ **Fecha** _____

[Revisado por la Oficina de Salud: _____; Ingresado en HMS]

