

**WINDHAM PUBLIC SCHOOLS**  
**NURSE'S OFFICE HEALTH FORM**

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

Physician \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

**Immunization Record – Required to start school; Please attach copy to this form.**

List child's **allergies and treatments**: \_\_\_\_\_

List any **accidents** your child has been involved in (car, falls, broken bones, etc). Please include date or year: \_\_\_\_\_

List any **operations** performed on your child, include date or year: \_\_\_\_\_

List any **hospitalizations** of your child with diagnosis and date or year: \_\_\_\_\_

List any **illnesses or health issues** your child is diagnosed with: \_\_\_\_\_

Any other concerns the nurse should know: \_\_\_\_\_

Has child had vision tested? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_

Has child had hearing tested? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_

Does your child wear glasses, hearing aid, orthopedic braces, or other prosthetic device?  
Yes \_\_\_ No \_\_\_ Explain \_\_\_\_\_

List any **medications** your child takes routinely \_\_\_\_\_

List any medications your child takes on an **emergency basis** (i.e. bee sting kit) \_\_\_\_\_

Is child physically fit to participate in Physical Education and active games while at school? If no state reason: \_\_\_\_\_

Has child ever suffered a concussion? If yes please describe incident and give date or year: \_\_\_\_\_

Does your child have any Bladder or Bowel problems the nurse should know? Please state: \_\_\_\_\_

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

# ESCUELAS PÚBLICAS DE WINDHAM

## FORMULARIO DE SALUD DE LA OFICINA DE LA ENFERMERA

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

**Record de Vacunas – Requisito para comenzar la escuela; Favor de incluir una copia con esta forma.**

Lista de **alergias y tratamientos** \_\_\_\_\_

Enumere todo **accidente** en el cual su hijo(a) haya estado envuelto (automóvil, caídas, fracturas, etc).

Favor de incluir la fecha o el año: \_\_\_\_\_

Lista de **cirugías** que ha tenido su niño(a), incluya fecha o año: \_\_\_\_\_

Lista de cualquier **hospitalización** de su hijo(a) con el diagnóstico y la fecha o año: \_\_\_\_\_

Lista de cualquier **enfermedad o problemas de salud** que se le hayan diagnosticado: \_\_\_\_\_

Cualquier preocupación que quiera compartir con la enfermera: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) un examen de la vista? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) un examen de audición? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo(a) espejuelos, audífono, abrazaderas ortopédicas, u otro dispositivo protésico?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

Lista de cualquier **medicamento** que su hijo(a) tome habitualmente \_\_\_\_\_

Lista de cualquier medicamento que su hijo(a) tome en **emergencias** (i.e. para picaduras de abejas) \_\_\_\_\_

¿Es este estudiante físicamente apto para participar en Educación Física y en juegos activos mientras este en la escuela? Si no, explique la razón \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido su hijo(a) una contusión cerebral? Si contesta sí, favor de describir el incidente y dar la fecha o el año: \_\_\_\_\_

¿Sufre su hijo(a) de problemas urinarios o intestinales que la enfermera debe conocer? Favor explicar \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_