



Moses Lake School District
Student Health Information Form

SCHOOL: _____ YEAR: _____

STUDENT INFORMATION

Table with 3 columns: Last Name, First Name, Middle Name, Birth Date, Gender (M/F), Current Grade, Health Care Provider, Dentist/Orthodontist.

HEALTH ALERT INFORMATION

Does the student have any current health concerns of which the school should be made aware? No Yes

If you answered No, please skip the next sections and sign the bottom of the form.

If you answered Yes, please complete the remainder of the form.

CURRENT MEDICAL CONCERNS

Please indicate below all medical concerns that pertain to the student that can affect him/her at school.

- Asthma, requires Inhaler (B10) Gastrostomy Tube (K24) Stomach/Intestinal (K23) Diabetes (D10) Physical Disabilities (T5)
Seizures (F10) Frequent Headaches (E11) Heart Condition (C17) Hearing Problem (H15) Dietary Conditions (K24)
Blood Disorder (N11) Frequent Nosebleeds (T4) Eczema/Skin Condition (T1) Bladder or Bowel Dysfunction (K21)
Immune Compromised Condition (G19) Other:
Food Allergy (A15) Name of Food(s): Bee Sting Allergy (A10) Other Allergy (A99):

Has the student been advised to carry an Epi-Pen, a self-injectable medication for an allergic reaction? No Yes

Please explain special health concern(s) on the lines provided below.

OTHER HEALTH INFORMATION

Do the student's health problems affect his/her daily living or school participation? No Yes If yes, please explain below:

List any significant injuries or operations:

Is the student required to take medications and/or treatments during the school day? No Yes If yes, please explain:

Does the student ride a bus? No Yes Bus number:

MEDICAL INFORMATION DISCLOSURE STATEMENT

I give permission for the school nursing staff to contact my student's physician to obtain additional information when determining or creating an Individual Health Plan. Any information obtained will be treated in a confidential manner by the school nursing staff and will be shared only as determined necessary by the school nurse, with those who need to know in order to provide a safe environment for the student. Authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I do not need to sign this form for completion of school registration. I also understand that I can cancel this authorization at any time by writing to the school nurse / district. I also understand that once the information has been released according to the terms of this authorization, this information cannot be recalled. This authorization will expire one year from the date signed below unless another date or event is entered here.

Parent/Guardian Signature: Printed Name:

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

Signature: Date:

Home Address:

Mailing Address (if different):

Primary Telephone: Second Phone:

Parent E-mail Address:



Moses Lake School District
Formulario de Información de Salud del Estudiante

ESCUELA: _____ AÑO: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido(s)	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Grado Actual
Proveedor de Cuidado de la Salud	Dentista / Ortodoncista	

INFORMACIÓN SOBRE ALERTA DE SALUD

¿Tiene el estudiante alguna preocupación de salud actual de la cual la escuela debe ser informada? No Sí

Si contestó **No**, omita las siguientes secciones y firme la parte inferior del formulario.

Si contestó **Sí**, complete el resto del formulario.

PREOCUPACIONES MÉDICAS ACTUALES

Por favor indique abajo todas las preocupaciones médicas que pertenecen al estudiante que pueden afectarlo en la escuela.

- Asma, requiere inhalador (B10) Tubo de gastrostomía (K24) Estómago / Intestinal (K23) Diabetes (D10) Discapacidades físicas (T5)
 Convulsiones (F10) Dolores de cabeza frecuentes (E11) Condición del corazón (C17) Problema auditivo (H15) Condiciones dietéticas (K24)
 Trastornos de la sangre (N11) Frecuentes hemorragias nasales (T4) Eczema / condición de la piel (T1) Disfunción vesical o intestinal (K21)
 Condición de inmunidad comprometida (G19) Otro: _____
 Alergia alimentaria (A15) Nombre del alimento (s): _____ Alergia a picadura de abeja (A10) Otras alergias (A99): _____

¿Se le ha aconsejado llevar un Epi-Pen, un medicamento autoinyectable para una reacción alérgica? No Sí

Por favor, explique preocupaciones especiales de salud en las líneas proporcionadas a continuación.

OTRA INFORMACIÓN DE SALUD

¿Los problemas de salud del estudiante afectan su vida diaria o participación en la escuela? No Sí En caso afirmativo, sírvase explicar a continuación:

Enumere cualquier lesión o operación significativa: _____

¿Se requiere que el estudiante tome medicamentos y / o tratamientos durante el día escolar? No Sí En caso afirmativo, explique: _____

¿El estudiante monta en un autobús? No Sí Número de autobús: _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Doy permiso para que el personal de enfermería de la escuela contacte al médico de mi estudiante para obtener información adicional al determinar o crear un Plan de Salud Individual. Cualquier información obtenida será tratada de manera confidencial por el personal de enfermería de la escuela y será compartida solamente según lo determine necesario la enfermera de la escuela, con aquellos que necesitan saber para proveer un ambiente seguro para el estudiante. Autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para completar el registro escolar. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la enfermera de la escuela / distrito. También entiendo que una vez que la información ha sido liberada de acuerdo con los términos de esta autorización, esta información no puede ser retirada. Esta autorización expirará un año a partir de la fecha firmada abajo a menos que otra fecha o evento sea ingresado aquí _____.

Firma del padre / guardián: _____ Nombre impreso: _____

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de casa: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Teléfono Primario: _____ Segundo Teléfono: _____

Correo electrónico de los padres: _____