



COLUMBIA BASIN TECHNICAL SKILLS CENTER

# Moses Lake School District CBTECH Skills Center Student Health Information Form

SCHOOL: \_\_\_\_\_

## STUDENT INFORMATION

Last Name		First Name		Middle Name	
Gender	M    F	Birth Date	Current Grade	Health Care Provider	

## 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: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLERGY CONCERNS

Please indicate any allergy concerns below.

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

If yes, please describe the allergic reaction and treatment: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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 understand that the medical information provided above will be shared, as determined necessary by the school nurse, with those who need to know in order to provide a safe environment for the student.

Parent/Guardian Initials: \_\_\_\_\_

## PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Mailing Address (if different): \_\_\_\_\_

Primary Telephone: \_\_\_\_\_ Second Phone: \_\_\_\_\_

Parent E-mail Address: \_\_\_\_\_



COLUMBIA BASIN TECHNICAL SKILLS CENTER

Moses Lake School District  
CBTECH Skills Center  
Información de Salud del Estudiante

ESCUELA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ESTUDIANTIL**

Apellido(s)		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Sexo	M    F	Fecha de Nacimiento	Grado	Doctor(a)	

**INFORMACIÓN DE SALUD**

¿Tiene el estudiante alguna preocupación médica de la cual necesita saber el personal escolar?  No  Sí  
 Si respondió **No**, favor de firmar la forma abajo.  
 Si respondió **Sí**, favor de completar la forma.

**PREOCUPACIONES MÉDICAS ACTUALES**

Por favor indique abajo todas las preocupaciones médicas actuales que puedan afectar la vida diaria del estudiante.

Asma, requiere Inhalador (B10)     Tubo Gastronomía (K24)     Estómago/Intestinal (K23)     Problema de la Sangre (N11)     Discapacidades Físicas (T5)  
 Frecuentes Dolores de Cabeza (E11)     Condición Cardíaca (C17)     Problema Auditivo (H15)     Preocupaciones Dietéticas (K24)     Diabetes (D10)  
 Frecuente Hemorragia Nasal (T4)     Ataques Epilépticos (F10)     Inmunodeficiencia (G19)     Eczema/Condición Cutánea (T1)  
 Disfunción de la Vejiga o el Intestino (K21)     Otra: \_\_\_\_\_

Favor de explicar cualquier preocupación especial de la salud abajo:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

Favor de indicar cualquier alergia abajo:  
 Alergia Alimenticia (A15) (Nombre de Comida(s): \_\_\_\_\_)     Alergia a Piquete de Abeja (A10)  
 Otra Alergia (A99): \_\_\_\_\_

¿Para el estudiante se le ha recetado un autoinyector Epi-Pen, para una reacción alérgica severa (anafilaxis) en una emergencia?  No  Sí  
 Si contestó **Sí**, favor de explicar la reacción alérgica y el tratamiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACIÓN DE SALUD**

¿Los problemas de salud afectan la vida diaria del estudiante en la escuela?  No  Sí Favor de explicar abajo:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anote cualquier herida grave o cirugía que ha tenido el estudiante: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Al estudiante se le requiere tomar medicamentos y/o tratamientos durante el día escolar?  No  Sí Favor de explicar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿El estudiante se sube al bus?  No  Sí Número del bus: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE REVELACIÓN MÉDICA**

Yo entiendo que la información médica que yo he dado en esta forma sera compartida, cuando sea necesario a según la enfermera, con las personas quienes necesitan saberla para poderle dar un medio ambiente seguro para el estudiante.

Iniciales de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

**FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo (Si es diferente): \_\_\_\_\_  
 Primer Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Segundo Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_