



# Moses Lake School District – Student Health Information

School Year \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

To be completed/reviewed each year by Parent/Guardian

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Male  Female

Grade \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Phone Numbers: \_\_\_\_\_ Home/Cell/Work \_\_\_\_\_

Doctor/Clinic Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Dentist Name: \_\_\_\_\_

Please check off any health concerns that your student has. If your student does **not** have any health concerns, simply check the box that says “No Health Concerns at this time” and sign the bottom of the form.

**NO HEALTH CONCERNS AT THIS TIME (sign bottom of form)**

Yes  No **MY CHILD HAS A MEDICALLY DIAGNOSED LIFE-THREATENING HEALTH CONDITION?**

If YES, please check the category that best represents your child’s diagnosed medical condition:

Asthma  Seizure  Allergy / Epi-Pen  Diabetes  Other \_\_\_\_\_

In accordance with Washington State Law, ESD Policy 3413 requires a medication/treatment order from a Licensed Health Care Provider if a LIFE-THREATENING CONDITION exists before your child may attend school.

### ALLERGIES:

- Bee/Insect Allergy  
Symptoms \_\_\_\_\_  
Medication/Treatment \_\_\_\_\_
- Food Allergies to \_\_\_\_\_  
Symptoms \_\_\_\_\_  
Medication/Treatment \_\_\_\_\_
- Medication Allergy to \_\_\_\_\_  
Symptoms \_\_\_\_\_  
Medication/Treatment \_\_\_\_\_
- Other Allergies to \_\_\_\_\_  
Symptoms \_\_\_\_\_  
Medication/Treatment \_\_\_\_\_

### RESPIRATORY:

- Asthma  
Symptoms \_\_\_\_\_  
Triggers \_\_\_\_\_  
Medication/Treatment \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

### DIABETES:

- Insulin Dependent \_\_\_\_\_
- Non-Insulin Dependent \_\_\_\_\_

### CARDIOVASCULAR:

- Heart Condition \_\_\_\_\_
- Blood Disease \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

### NEUROLOGICAL:

- Seizures  
Type/Treatment \_\_\_\_\_
- Autism/Aspergers \_\_\_\_\_
- Attention Deficit Disorder (ADD/ADHD) \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

### HEARING and VISION PROBLEMS:

- Hearing Loss  
 Hearing Aids \_\_\_\_\_
- Chronic Ear Infections \_\_\_\_\_
- Vision Deficit  
 Glasses  Contacts
- Other \_\_\_\_\_

### OTHER HEALTH CONCERNS:

- Skeletal/Muscular \_\_\_\_\_
  - Digestive \_\_\_\_\_
  - Other \_\_\_\_\_
- (please attach an additional sheet of paper if needed)

### List any MEDICATION that your child uses:

- 1) \_\_\_\_\_ Used to treat \_\_\_\_\_ Needed at school?  \*Yes  No
- 2) \_\_\_\_\_ Used to treat \_\_\_\_\_ Needed at school?  \*Yes  No

**\*If your child needs medication at school, a “Medication Authorization” form is required EVERY YEAR. It is written permission from a Licensed Health Care Provider and parent/guardian before any prescription or over-the counter medication may be taken at school. Forms are available from the school office or from the Moses Lake School District Website, Health Services tab: [www.mlsd161.org](http://www.mlsd161.org)**

*All health information is considered confidential. I understand that the information given above will be shared with appropriate school staff, who need to know, in order to provide for the health and safety of my student. It may be shared with emergency medical personal in the event of an emergency. It may be shared electronically, verbally, and/or in writing in order to ensure the health and safety of my child, unless I provide a written request not to share the health information. If parents/guardian or authorized emergency contact cannot be reached at the time of a medical emergency, and if immediate care is urgent in the judgment of school authorities, I authorize and direct the school authorities to send my student to the hospital or doctor most easily accessible. I understand that I will assume full responsibility for the payment of any services rendered.*

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

# Moses Lake School District – Student Health Information

School Year \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Historial de Salud del Estudiante

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  M  F Grado \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular/Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor marque cualquier problema de salud que tenga el estudiante. Si el estudiante **no** tiene ningun problema de salud, simplemente marque la caja que dice “No tiene problemas de salud en este momento” y firme la parte inferior de la forma.

NINGUN PROBLEMA DE SALUD EN ESTE MOMENTO y firme la forma.

**¿TIENE SU HIJO UNA CONDICIÓN DE SALUD O UN DIAGNÓSTICO MEDICO POTENCIALMENTE MORTAL?  Si  No**

**En caso afirmativo, favor de marcar la categoría que mejor representa el diagnostico o la condición médica de su hijo:**

Asma  Ataques Epilépticos  Alergia / Epi-Pen  Diabetes  Otro \_\_\_\_\_

Conforme a la Ley del Estado de Washington, Política de EDS 3413, antes de que su hijo entre a la escuela requiere un formulario de pedido de medicamentos / tratamiento de un médico acreditado, si tiene una condición medica mortal.

## ALERGIAS:

Alergia a insectos/abejas  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Medicamento/tratamiento \_\_\_\_\_

Alergia a Comida \_\_\_\_\_  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Medicamento/tratamiento \_\_\_\_\_

Medicamentos para la alergia \_\_\_\_\_  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Medicamento/tratamiento \_\_\_\_\_

Otras alergias \_\_\_\_\_  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Medicamento/tratamiento \_\_\_\_\_

## RESPIRATORIO:

Asma  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Qué le provoca el asma? \_\_\_\_\_  
Medicamento/ tratamiento \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

## DIABETES:

Dependiente de Insulina  
 No Dependiente de Insulina

## CARDIOVASCULAR:

**Escriba todos los medicamentos que toma su hijo:**

1) \_\_\_\_\_ Usado para tratar \_\_\_\_\_ Lo necesita en la escuela  \*Si  No  
2) \_\_\_\_\_ Usado para tratar \_\_\_\_\_ Lo necesita en la escuela  \*Si  No  
3) \_\_\_\_\_ Usado para tratar \_\_\_\_\_ Lo necesita en la escuela  \*Si  No

**\*Por ley el estado requiere un permiso por escrito CADA AÑO del padre/guardián y del doctor antes de cualquier prescripción o medicamento de venta libre que se pueda llevar a la escuela. Las formas están disponibles en la oficina de la escuela o en la página electronica del Distrito Escolar de Moses Lake en [www.mlsd161.org](http://www.mlsd161.org)**

*Toda la información de la salud se considera confidencial. Entiendo que la información aquí proporcionada será compartida con el personal apropiado de la escuela según sea necesario, con el fin de velar por la salud y la seguridad del estudiante. La información obtenida puede ser compartida con el personal medico de emergencia y también puede ser compartida por vía electrónica, verbal o por escrito, con el fin de garantizar la salud y la seguridad de mi hijo, a menos que yo proporcione una solicitud por escrito y pedir que no se comparta la información de salud. Si los padres / guardianes o el contacto autorizado de emergencia no puede llegar en el momento de una emergencia médica, y si la atención medica es urgentemente necesaria, a juicio de las autoridades escolares, Yo autorizo y doy instrucciones a las autoridades escolares para enviar a mi hijo al hospital o al médico con mayor facilidad accesible. Yo entiendo que voy a asumir toda la responsabilidad por el pago de los servicios prestados.*

Firma del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Problemas del Corazón \_\_\_\_\_  
 Enfermedades en la Sangre \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

## NEUROLOGICAL:

Ataques Epilépticos  
Tipo/tratamiento \_\_\_\_\_  
 Autismo/tipo Asperger  
 Trastorno por Defict de Atencion (ADD/ADHD)  
 Otro \_\_\_\_\_

## PROBLEMAS Auditivos o Visuales:

Pérdida del Oído \_\_\_\_\_  
 Audifnos \_\_\_\_\_  
 Infecciones frecuentes del oído \_\_\_\_\_  
 Déficit de la Visión \_\_\_\_\_  
 Gafas/lentes  Contactos  
 Otro \_\_\_\_\_

## OTROS PROBLEMAS DE SALUD:

Esqueleto/Muscular \_\_\_\_\_  
 Digestion \_\_\_\_\_  
 Nacimiento Prematuro \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_  
(favor incluya una hoja de papel adicional si es neces