

ALPINE SCHOOL DISTRICT
STUDENT HEALTH INFORMATION

Student's Name _____ Birth Date _____ Sex _____
Address _____ City _____ Grade _____
Home Phone _____ Cell Phone _____ Other Phone _____
Parent/Guardian: _____
Parent/Guardian email: _____
Student lives with: _____ both parents _____ Mother _____ Father _____ Other

MEDICAL HISTORY

Family Doctor _____ Phone _____
Current Medical Diagnosis (if any) _____

YES	NO	HAS YOUR CHILD EVER HAD (if yes, please describe)
_____	_____	Any Serious Allergies (Please specify to what and how serious)? _____
_____	_____	Asthma or Breathing Problems (how serious)? _____
_____	_____	Orthopedic or Bone Problems? _____
_____	_____	Heart Disease or Murmur? _____
_____	_____	Kidney Disease? _____
_____	_____	Seizures (type and frequency)? _____
_____	_____	Diabetes (Insulin dependant? On an insulin pump?) _____
_____	_____	Serious or Chronic Disease (i.e. Leukemia, transplant)? _____
_____	_____	Has your child had the Chickenpox disease? _____
_____	_____	Serious Accident/Injury? _____
_____	_____	Vison Exam? Date _____ By Whom _____ Results _____
_____	_____	Other Health Concerns? _____

MEDICATION

Is student on special medication that may need to be administered during school?

Yes*** (See below) _____ No _____ If yes, what type(s) and reason: _____

***If Yes, a student medication authorization form must be completed by parent and physician and returned to the school before any medication can be given. This includes all OTC (over the counter) and prescription medications (including inhalers, epinephrine injectors, and insulin). You can obtain the form from the office.

IT IS A VIOLATION OF THE DISTRICT'S DRUG-FREE POLICY FOR K-6 STUDENTS TO CARRY ANY MEDICATION with the exception of inhalers, epinephrine injectors and insulin with proper signed prescriber and parent authorization.

With parent permission 7-12 grade students may now carry and administer one dose of easily identified non-prescription, over-the-counter medication.

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

PLEASE NOTE: The information requested is considered to be essential for planning a program each year which will meet the needs of your child. This information will be kept confidential and only persons working directly with your student (i.e. teachers, administrators, nurse) will have access to this information.

Distrito Escolar de Alpine
Información de los Estudiantes de Salud

Nombre del estudiante _____ Lugar de nacimiento _____ Sexo _____
Dirección _____ Ciudad _____ Grado _____
Número de teléfono _____ Teléfono de celular _____
Padres/guardians: _____
El estudiante vive con: _____ Ambos Padres _____ Madre _____ Padre _____ Otro _____

Historia Clínica

Médico de Familia _____ Teléfono _____
Diagnóstico médico actual (en su caso) _____

Sí	No	¿Ha tenido su hijo? (en caso sí, describa)
_____	_____	¿Cualquier alergia? (Por favor, diga qué y cómo graves) _____
_____	_____	¿Asma o problemas respiratorios? _____
_____	_____	¿Problemas ortopédicos o de hueso? _____
_____	_____	¿Las enfermedades del corazón o un soplo? _____
_____	_____	¿Enfermedad renal? _____
_____	_____	¿Convulsiones? (tipo y frecuencia) _____
_____	_____	¿Diabetes? (dependiente de la insulina o una bomba de insulina) _____
_____	_____	¿Enfermedades crónicas graves? (como leucemia, trasplante) _____
_____	_____	¿Su niño ha tenido la varicela? _____
_____	_____	¿Accidente o lesión grave? _____
_____	_____	¿Examen de la vista? Fecha _____ Por los cuales _____ los resultados _____
_____	_____	¿Otros problemas de salud? _____

Medicación

¿Está el estudiante en la medicación especial que puede ser necesario dar en la escuela?
Sí _____ No _____ ¿En caso afirmativo, qué tipo y la razón? _____

En caso afirmativo, un medicamento estudiante formulario de autorización deberá ser completado por el padre y el médico y regresó a la escuela antes de que cualquier medicamento se puede administrar. Esto incluye todos los medicamentos de venta libre y recetados (incluyendo los inhaladores, Epipens, y la insulina). Puede obtener el formulario en la oficina.

*Es una violación de la droga del distrito de política gratuito para los estudiantes para llevar a cualquier medicamento. La única excepción a esto es inhaladores, Epipens, y la insulina **con el médico adecuado y la autorización firmada de los padres.***

Firma de Padres o Guardián

Fecha

Atención: La información solicitada se considera esencial para la planificación de un programa cada año, que satisfaga las necesidades de su hijo. Esta información se mantendrá confidencial y sólo las personas que trabajan directamente con su hijo (iteachers, administradores, enfermeras) tendrán acceso a esta información.