

FOREST GROVE SCHOOL DISTRICT

Health Information Form

PART 1: PARENT OR GUARDIAN TO COMPLETE. SCHOOL: Forest Grove High School

Student: Last	First	M.I.	Male Female Other	DOB:	Grade:	School Year 19 /20
Home Phone: ()			Father's Work Phone: ()		Mother's Work Phone: ()	

(Please complete Part 2 if yes to either of these questions)

MY CHILD HAS A LIFE THREATENING DIAGNOSIS OR CONDITION: NO ___ YES ___

If Yes, Diagnosis/Condition _____

My child has a medical condition that may affect his/her school day or require medication:

NO ___ YES ___ If you indicated yes to either question, please complete the remainder of this form.

Parent or Guardian (Print Please)

Parent or Guardian Signature

Date

***Your signature allows this information to be released to FGSD staff/personnel who will be directly participating in the education and/or safety of your child.**

PART 2: COMPLETE ALL SECTIONS THAT APPLY TO YOUR CHILD. Parent/Guardian is responsible for providing the school with any medication, special food, or equipment the student will require during the school day. Check with the school to obtain correct medication and procedure forms.

- **ALLERGIES?** NO ___ YES ___ (If yes, please provide the following information)

Allergy Type:

- Food List food(s): _____
- Bee/Insect Sting _____
- Other (list): _____

Will your child need an Epipen at school? NO ___ YES ___ If yes, for which allergy? _____

What is the name of the doctor who prescribed the Epipen? _____

- **ASTHMA?** NO ___ YES ___ (If yes, please provide the following information)

Will your child bring a rescue inhaler to school? **NO ___ YES ___** If your child will be bringing an inhaler to school please pick up an Asthma Action Plan at the office at your child's school to be filled out by your doctor.

- **DIABETES?** NO ___ YES ___ (If yes, please provide the following information)

Currently Prescribed treatment to be used IN SCHOOL (Please provide district nurse with a copy of doctor's school orders)

INSULIN DEPENDENT NO ___ YES ___ **Administered by:** Syringe Pen Pump

Blood Sugar Testing at school Glucagon Oral Medication(s): _____

- **SEIZURE DISORDER?** NO ___ YES ___ (If yes, please provide the following information)

Type of seizure:

Absence (staring, unresponsive) Complex Partial Generalized Tonic-Clonic (Grand Mal/Convulsive)

Other (explain): _____

DIASTAT? NO ___ YES ___ MIDAZOLAM? NO ___ YES ___

Other meds taken at school for seizures: _____

- **OTHER HEALTH CONDITIONS?** NO ___ YES ___ (If yes, please provide the following information)

Cancer Bleeding Problems Heart Condition Physical disability ADD ADHD Anxiety Depression

Other: _____

Specifics of condition/diagnosis: _____

Related hospitalizations or surgeries (when/why) _____

Physical Education Restrictions? **NO ___ YES ___** Describe: _____

- **Medication needed IN SCHOOL? NO ___ YES ___** List medication(s): _____

Other meds taken daily at home on a regular basis: _____

Special procedures (i.e. catheterization, cardiac monitor, etc.) required IN SCHOOL: NO ___ YES ___ (explain): _____

- **VISION CONDITIONS?** Glasses/contacts Other _____
- **HEARING CONDITION?** Hearing aids Other _____

**Formulario de información médica del
DISTRITO ESCOLAR DE FOREST GROVE**

PARTE 1: PARA SER LLENADA POR EL PADRE O TUTOR ESCUELA: Forest Grove High School

Estudiante: Apellido	Primer nombre	Inicial 2do nombre	Masculino Femenina Otro	Fecha de nacimiento:	Grado:	Año escolar 19/20
Teléfono de casa: ()		Teléfono del trabajo del padre: ()		Teléfono del trabajo de la madre: ()		

(Por favor llene la Parte 2 *SOLO* si responde **SÍ a cualquiera de las siguientes preguntas)**

MI NIÑO TIENE UN DIAGNÓSTICO O ENFERMEDAD QUE PONE EN RIESGO SU VIDA:

NO ___ SÍ ___ En caso afirmativo, indique el diagnóstico o enfermedad: _____.

Mi niño tiene una enfermedad que puede afectar su día escolar o requiere medicamentos: NO ___ SÍ ___

Si contestaste si a cualquiera de las preguntas, complete el resto de este formulario

Nombre del padre o tutor (letra de molde)

Firma del padre o tutor

Fecha

***Con su firma usted autoriza que esta información sea divulgada con el personal del Distrito Escolar de Forest Grove que participará directamente en la educación y/o seguridad de su hijo/a.**

PARTE 2: RESPONDA TODAS LAS SECCIONES QUE CORRESPONDAN A SU NIÑO. *El padre/tutor es responsable de proporcionar cualquier medicamento, alimento especial o equipo que el estudiante pueda requerir durante su jornada escolar. Consulte con la escuela para obtener los formularios de medicamentos y procedimiento correctos.*

- **¿TIENE ALGUNA ALERGIA?** NO ___ SI ___ (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información)

Tipo de alergia:

Alergia alimentaria Anote los alimentos: _____

Picadura de abeja u otro insecto Otros (anótelos): _____

¿Su niño necesita un autoinyector de epinefrina (Epi-Pen) en la escuela? NO ___ SI ___ Para qué alergia? _____

¿Cuál es el nombre del médico que recetó el Epi-Pen? _____

- **¿PADECE ASMA?** NO ___ SI ___ (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información)

¿Su hijo traerá un inhalador de rescate a la escuela? NO ___ SI ___ Si su hijo traerá un inhalador a la escuela por favor recoja un formulario de Plan de acción contra el asma (o *Asthma Action Plan*) en la escuela de su niño y pida a su médico que lo llene.

- **¿PADECE DIABETES?** NO ___ SI ___ (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información)

Tratamiento prescrito para ser usado en la ESCUELA (Entregue una copia de las indicaciones del médico a la enfermera del distrito)

Su hijo depende de insulina NO ___ SI ___ Se la administra por medio de: Jeringa Inyector (o pluma) Bomba

Necesita hacerse pruebas de azúcar en la sangre mientras está en la escuela Glucagón Medicamentos orales: _____

- **¿PADECE TRASTORNOS CONVULSIVOS?** NO ___ SI ___ (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información)

Tipo de convulsión:

Crisis de ausencia (mirada fija, no responde) Crisis parciales Crisis tónico-clónicas (Grand Mal/convulsivo)

Otros (explicar): _____

¿DIASTAT? NO ___ SI ___ **¿MIDAZOLAM?** NO ___ SI ___

Otros medicamentos que toma en la escuela para tratar las convulsiones: _____

- **¿ALGÚN OTRO PROBLEMA DE SALUD?** NO ___ SI ___ (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información)

Cáncer Problemas de sangrado Enfermedades cardíacas Discapacidad física

Trastorno por déficit de atención (ADD) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)

Ansiedad Depresión Otros: _____

Detalles específicos de la enfermedad/diagnóstico: _____

Hospitalizaciones o cirugías relacionadas (cuándo / por qué) _____

¿Restricciones para la clase de educación física? NO ___ SI ___ Describa: _____

- **¿Necesita tomar medicamentos en la ESCUELA?** NO ___ SI ___ Anote los medicamentos: _____

Otros medicamentos que toma en casa diariamente y de forma regular: _____

Procedimientos especiales (ej.: cateterismo, monitor cardíaco, etc.) necesario en la ESCUELA: NO ___ SI ___

- **¿TIENE PROBLEMAS DE LA VISTA?** Gafas/Lentes de contacto Otro _____

- **¿TIENE PROBLEMAS DE AUDICIÓN?** Aparato auditivo Otro _____