

Oklahoma City Public Schools

STUDENT HEALTH ENROLLMENT

*Staff-Form to nurse for IC Entry

Inscripción de Salud del Estudiante

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN AT TIME OF ENROLLMENT <i>Para ser completado por los padres o guardianes al momento de la inscripción.</i>				
STUDENT ID <i>Nº de ID del estudiante</i>	RESIDENT SCHOOL <i>Escuela</i>	SCHOOL YEAR <i>Año</i>	GRADE LEVEL <i>Grado</i>	BIRTHDATE <i>Fecha de Nacimiento</i>
STUDENT NAME <i>Nombre del Estudiante</i>			STUDENT GENDER <i>Sexo</i>	
			Male <i>Masculino</i>	Female <i>Femenino</i>
HOSPITAL PREFERENCE <i>Hospital de Preferencia</i>		PHYSICIAN <i>Doctor</i>		PHYSICIAN PHONE <i>Teléfono del Doctor</i>

Please check and circle below any ongoing health issues with which your child has been diagnosed:

Por favor marque y encierre en un círculo cualquier condición que se le haya diagnosticado a su hijo:

	Yes/Sí	No		Yes/Sí	No
Hearing or Speech Problems <i>Problemas de audición o habla</i>			Vision problems (contacts/glasses/cataract) <i>Problemas Visuales (dientes de/anteojos/catarata)</i>		
Allergies: (food/insects/medication/seasonal) <i>Alergias: (comidas/insectos/medicamentos/estaciones)</i>			Anemia/Bleeding Problems/Sickle Cell <i>Anemia/Problemas de sangrado/Célula Falciforme</i>		
Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i>			ADD/ADHD / <i>Desorden de Déficit de Atención / Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad</i>		
Anxiety/Depression / <i>Ansiedad/Depresión</i>			Asthma*/ <i>Asma*</i>		
Heart Condition / <i>Condición Cardíaca</i>			Seizures*/ <i>Convulsiones*</i>		
Stomach Problems / <i>Problemas Estomacales</i>			Cancer / <i>Cáncer</i>		
Cystic Fibrosis / <i>Fibrosis Cística</i>			Dental Problems / <i>Problemas Dentales</i>		
Bladder/Bowel Problems <i>Problemas de la vejiga/intestinales</i>			Head Injuries/ Head Aches/Migraines <i>Lesiones de la cabeza/Dolores de cabeza/Migrañas</i>		
Diabetes Type I or II*/Hypoglycemia <i>Diabetes Tipo I ó II*/Hipoglicemia</i> <small>*Requires Diabetic Care Management Plan on File *Requiere tener en Archivo el Plan de Manejo de Atención Diabética</small>			Hospitalizations/Surgeries <i>Hospitalizaciones/Cirugías</i>		
Other / <i>Otro</i>			Other / <i>Otro</i>		

Please add any other health concerns and explain any 'Yes' answers from above

Por favor agregue cualquier otra condición de salud y explique si la respuesta en alguna de las opciones anteriores es Sí.

*Additional forms available for students with asthma, seizure disorders or other recurring health problems.

**Formas adicionales disponibles para estudiantes con desórdenes de asma, diabetes y convulsiones.*

	Yes/Sí	No
Does your child ever have to use an Epi Pen for allergies? <i>¿Alguna vez su hijo(a) ha usado un Epi Pen para las alergias?</i>		
Does your child ever use an inhaler/breathing machine for breathing problems? (If yes, complete Medication permission form) <i>¿Alguna vez su hijo(a) ha usado un inhalador/máquina de respiración para problemas de respiración? (Si la respuesta es Sí, complete la forma de permiso para medicina)</i>		
Does your child wear a hearing aid at school? <i>¿Su hijo(a) usa un dispositivo de ayuda auditiva en la escuela?</i>		
Does your child have any special health care needs? If yes, please explain: <i>¿Su hijo(a) tiene alguna necesidad especial de atención a la salud? Si la respuesta es sí, por favor explique:</i>		
Would you like to schedule a meeting with the School Nurse? <i>¿Le gustaría hacer una cita con la Enfermera de la escuela?</i>		
What MEDICATIONS does your child take REGULARLY ? <i>¿Qué MEDICINAS toma su hijo(a) REGULARMENTE?</i>	What MEDICATIONS will your child take at SCHOOL ? <i>¿Qué MEDICINAS tomará su hijo(a) en la ESCUELA?</i>	
Students requiring ANY medication at school MUST have a current school year Medication Request and Release on file. Physician authorization and parental consent is required for any prescribed or over the counter medication to be given at school. <i>Los estudiantes que necesiten alguna medicina en la escuela DEBERÁN tener Consentimiento y Autorización de Medicina vigente en los archivos de la escuela. La autorización del doctor y consentimiento de los padres son requeridos por cada medicina recetada o sin receta que se le dará en la escuela.</i>		

SIBLING NAME(S) <i>Nombre de los Hermanos(as)</i>	GRADE <i>Grado</i>	SIBLING NAME(S) <i>Nombre de los Hermanos(as)</i>	GRADE <i>Grado</i>

X

Parent Signature. *Firma de los Padres.*

Date *Fecha*