

Student ID# _____
 N° de carnet estudiantil

Student Name
 Nombre del estudiante

STUDENT HEALTH ENROLLMENT

Inscripción de Salud del Estudiante

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN AT TIME OF ENROLLMENT Para ser completado por los padres o tutores al momento de la inscripción.				
STUDENT ID N° de ID del estudiante	SCHOOL Escuela	SCHOOL YEAR Año	GRADE LEVEL Grado	BIRTHDATE Fecha de Nacimiento
STUDENT NAME Nombre del Estudiante			STUDENT GENDER Género del estudiante	
			<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino
HOSPITAL PREFERENCE Hospital de Preferencia		PHYSICIAN Doctor		PHYSICIAN PHONE Teléfono del Doctor

Please check and circle any conditions below that have been diagnosed or is an ongoing problem for your child:
 Por favor marque y encierre en un círculo cualquier condición que se le haya diagnosticado a su hijo o que sea un problema actual:

	Yes/Sí	No		Yes/Sí	No
Hearing Problems (frequent infections/tubes) Problemas de audición (infecciones frecuentes)			Vision problems (contacts/glasses/cataract/lazy eye) Problemas Visuales (lentes de contactos/anteojos/catarata/ambliopía)		
Wears hearing aids at school Usa un dispositivo de ayuda auditiva en la escuela			Anemia/Bleeding Problems/Sickle Cell Anemia/Problemas de sangrado/Célula Falciforme		
Allergies (food/insects/medication) Alergias (comidas/insectos/medicamentos)			ADD/ADHD/ODD Déficit de atención/hiperactividad/Trastorno de oposición desafiante		
Tuberculosis / Tuberculosis			Asthma*/Asma*		
Anxiety/Depression / Ansiedad/Depresión			Seizures*/Convulsiones*		
Heart Condition / Condición Cardíaca			Cancer / Cáncer		
Stomach Problems / Problemas Estomacales			Dental Problems / Problemas Dentales		
Cystic Fibrosis / Fibrosis Cística			Head Injuries/ Head Aches/Migraines		
Bladder/Bowel Problems / Problemas de vejiga			Lesiones de la cabeza/Dolores de cabeza/Migrañas		
Diabetes Type I or II*/Hypoglycemia Diabetes Tipo I ó II*/Hipoaliceremia			Hospitalizations/Surgeries Hospitalizaciones/Cirugías		
Please explain any 'Yes' answers from above/ Si la respuesta en alguna de las anteriores es SÍ , por favor explique:			Other / Otro		

*Additional forms available for students with asthma, diabetes and seizure disorders. *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? ¿Alguna vez su hijo ha usado un Epi Pen para las alergias?		
Does your child ever use an inhaler for breathing problems? (If yes, complete Medication permission form) ¿Alguna vez su hijo ha usado un inhalador para problemas de respiración? (Si la respuesta es Sí, complete la forma de permiso para medicamentos)		
Does your child ever use a breathing machine for breathing problems? ¿Alguna vez su hijo usa un respirador para problemas respiratorios?		
Does your child have any special health care needs? If yes, please explain: ¿Su hijo tiene alguna necesidad de atención especial de salud? Si la respuesta es sí, por favor explique:		
Would you like to schedule a meeting with the School Nurse? ¿Le gustaría hacer una cita con la enfermera de la escuela?		
What MEDICATIONS does your child take REGULARLY ? ¿Qué MEDICINAS toma su hijo REGULARMENTE ?	What MEDICATIONS will your child take at SCHOOL ? ¿Qué MEDICINAS tomará su hijo en la ESCUELA ?	
<p>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. Los estudiantes que requieran CUALQUIER medicamento en la escuela DEBEN tener en su archivo la Solicitud y Liberación de Medicamento del año escolar actual. 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.</p>		

Parent Signature Firma de los Padres

Date Fecha