

Student ID# \_\_\_\_\_  
 N° de carnet estudiantil

Student Name  
 Nombre del estudiante

# STUDENT HEALTH ENROLLMENT

# Inscripción de Salud del Estudiante

<b>TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN AT TIME OF ENROLLMENT</b> Para ser completado por los padres o tutores al momento de la inscripción.				
<b>STUDENT ID</b> N° de ID del estudiante	<b>SCHOOL</b> Escuela	<b>SCHOOL YEAR</b> Año	<b>GRADE LEVEL</b> Grado	<b>BIRTHDATE</b> Fecha de Nacimiento
<b>STUDENT NAME</b> Nombre del Estudiante			<b>STUDENT GENDER</b> Género del estudiante	
			<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino
<b>HOSPITAL PREFERENCE</b> Hospital de Preferencia		<b>PHYSICIAN</b> Doctor		<b>PHYSICIAN PHONE</b> 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) <i>Problemas de audición (infecciones frecuentes)</i>			Vision problems (contacts/glasses/cataract/lazy eye) <i>Problemas Visuales (lentes de contactos/anteojos/catarata/ambliopía)</i>		
Wears hearing aids at school <i>Usa un dispositivo de ayuda auditiva en la escuela</i>			Anemia/Bleeding Problems/Sickle Cell <i>Anemia/Problemas de sangrado/Célula Falciforme</i>		
Allergies (food/insects/medication) <i>Alergias (comidas/insectos/medicamentos)</i>			ADD/ADHD/ODD <i>Déficit de atención/hiperactividad/Trastorno de oposición desafiante</i>		
Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i>			Asthma*/ <i>Asma*</i>		
Anxiety/Depression / <i>Ansiedad/Depresión</i>			Seizures*/ <i>Convulsiones*</i>		
Heart Condition / <i>Condición Cardíaca</i>			Cancer / <i>Cáncer</i>		
Stomach Problems / <i>Problemas Estomacales</i>			Dental Problems / <i>Problemas Dentales</i>		
Cystic Fibrosis / <i>Fibrosis Cística</i>			Head Injuries/ Head Aches/Migraines <i>Lesiones de la cabeza/Dolores de cabeza/Migrañas</i>		
Bladder/Bowel Problems / <i>Problemas de vejiga</i>			Hospitalizations/Surgeries <i>Hospitalizaciones/Cirugías</i>		
Diabetes Type I or II*/Hypoglycemia <i>Diabetes Tipo I ó II*/Hipoaliceremia</i>			Other / <i>Otro</i>		
Please explain any 'Yes' answers from above/ <i>Si la respuesta en alguna de las anteriores es Sí, por favor explique:</i>					

\*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 <b>Epi Pen</b> for allergies? <i>¿Alguna vez su hijo ha usado un Epi Pen para las alergias?</i>		
Does your child ever use an inhaler for breathing problems? (If yes, complete Medication permission form) <i>¿Alguna vez su hijo ha usado un inhalador para problemas de respiración? (Si la respuesta es Sí, complete la forma de permiso para medicamentos)</i>		
Does your child ever use a breathing machine for breathing problems? <i>¿Alguna vez su hijo usa un respirador para problemas respiratorios?</i>		
Does your child have any special health care needs? If yes, please explain: <i>¿Su hijo tiene alguna necesidad de atención especial de 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 <b>MEDICATIONS</b> does your child take <b>REGULARLY</b> ? <i>¿Qué MEDICINAS toma su hijo REGULARMENTE?</i>	What <b>MEDICATIONS</b> will your child take at <b>SCHOOL</b> ? <i>¿Qué MEDICINAS tomará su hijo en la ESCUELA?</i>	
<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.  <i>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.</i></p>		

Parent Signature Firma de los Padres

Date Fecha