

## STUDENT HEALTH INFORMATION

Please fill in ALL sections. If a section does not apply to your child, please write "N/A"

<b>STUDENT'S NAME:</b> Nombre de estudiante:		<b>TODAY'S DATE:</b> Fecha de hoy:	
<b>ADDRESS:</b> Direccion:			
<b>DATE OF BIRTH:</b> Fecha de nacimiento:			
<b>HEIGHT:</b> Altura:		<b>WEIGHT:</b> Peso:	
<b>NAMES OF PARENTS/GUARDIANS:</b> Nombres de los padres:			
<b>EMERGENCY CONTACTS:</b> Contacto de emergencia:		<b>CONTACT'S HOME PHONE:</b> Numero de teléfono de casa:	<b>CONTACT'S CELL PHONE:</b> Numero del celular:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>DIAGNOSIS:</b> Diagnosis:			
<b>FOOD, DRUG, OR LATEX ALLERGIES:</b> Alergias de comida, medicamento, o alergia al latex:			
<b>Epi-Pen:</b>	<b>Yes or No</b>	<b>Diastat:</b>	<b>Yes or No</b>
<b>NUTRITION/DIET:</b> Nutricion/dieta:			
<b>PRIMARY DOCTOR:</b> Doctor Primario:		<b>PHONE #:</b> # de telefono:	
<b>DOCTOR &amp; SPECIALTY:</b> Doctor y especialidad:		<b>PHONE #:</b> # de telefono:	
<b>DOCTOR &amp; SPECIALTY:</b> Doctor y especialidad:		<b>PHONE #:</b> # de telefono:	
<b>DOCTOR &amp; SPECIALTY:</b> Doctor y especialidad:		<b>PHONE #:</b> # de telefono:	
<b>COMMENTS:</b> Comentarios:			
<b>IF GIVEN A CHOICE, WHICH HOSPITAL WOULD YOU LIKE YOUR CHILD TO BE TAKEN TO IN AN EMERGENCY?</b> ¿En caso de emergencia y si se da la opción, cual hospital prefería usted que lo recibiera?			
<b>MEDICATIONS:</b> Medicamentos:			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

## STUDENT HEALTH INFORMATION CONTINUED

<b>LIST SPECIFIC HEALTH PROBLEMS AND ACTIVITY LIMITATIONS:</b> Lista de problemas específicas de salud o limitaciones de actividad:				
<b>PLEASE FILL IN THE BLANKS:</b> Favor de llenar lo que apliqué:				
<b>VISION DIFFICULTY? yes / no</b> ¿Dificultades de visión? Si/No	<b>WEARS GLASSES? yes / no</b> ¿Usa lentes? Si/No	<b>LAST VISION CHECK?</b> ¿Ultima examen de visión?	<b>HEARING DIFFICULTY? yes / no</b> ¿Dificultades de oír? Si/No	<b>EAR INFECTIONS (HOW OFTEN?):</b> ¿Infecciones de oído (¿frecuencia?)
<b>ALLERGIES?: Yes / No</b> ¿Alergias?: Si/No		<b>WHAT TYPE?</b> ¿Tipo?:		
<b>IF ALLERGIC TO BEE STING, HOW SEVERE IS THE REACTION?</b> ¿Si tiene alergia de picadura de abeja, de que gravedad es la reacción?				
<b>IMMUNIZATIONS UP TO DATE?</b> ¿Están corrientes las vacunas?				
<b>HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING? "X" OR CIRCLE IF ANSWER IS YES AND INDICATE YEAR(S):</b> ¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes? Marca con "X" o circula si la respuesta es "si" o "no" y indica año(s):				
<b>ASTHMA:</b> Asma:	<b>DIABETES:</b> Diabetes:	<b>HEART DISEASE:</b> Enfermedad de corazón:	<b>OSTEOPOROSIS:</b> Osteoporosis:	
<b>SEIZURE DISORDER:</b> Convulsiones:	<b>CHICKEN POX:</b> Varicela:	<b>HEAD INJURY:</b> Lesión en la cabeza	<b>TUBERCULOSIS:</b> Tuberculosis:	<b>SINUSITIS:</b> Sinusitis:
<b>CHRONIC CONGESTION:</b> Congestión crónica:	<b>HAY FEVER:</b> Fiebre de heno:	<b>TUBERCULOSIS:</b> Tuberculosis:		
<b>FAINTING:</b> Desmayo:	<b>DIFFICULTY SLEEPING:</b> Dificultades de dormir:	<b>PNEUMONIA:</b> Neumonía:		
<b>DOES YOUR CHILD HAVE A HISTORY OF CHRONIC CONSTIPATION? Yes / No</b> ¿Su hijo tiene un historial de estreñimiento crónico? Si/No <b>IF YES, PLEASE WRITE TREATMENT PLAN:</b> En caso afirmativo, por favor escriba plan de tratamiento:				
<b>DOES YOUR CHILD HAVE A SHUNT? yes / no</b> ¿Su niño tiene una derivación? Si/No		<b>WHEN WAS IT PUT IN?</b> ¿Cuándo se lo pusieron?		
<b>SPECIAL CARE OR PRECAUTIONS:</b> Cuidado especial o precaución:				
<b>OPERATIONS (PLEASE LIST TYPE OF SURGERY &amp; DATES):</b> Operaciones (favor de poner en lista el tipo de cirugía y fechas):				
<b>OTHER INFORMATION:</b> Otro Informacion:				
<b>DISASTER PREPAREDNESS PLAN INFORMATION:</b> <b>IN CASE OF DISASTER (EARTHQUAKE, FLOOD, ETC), CHILDREN WILL NOT BE RELEASED TO ANYONE EXCEPT PARENTS/GUARDIANS OR THOSE LISTED IN "EMERGENCY CONTACTS."</b> Preparación para Desastres de Información del Plan: En caso de desastre (terremoto, inundación, etc), los niños no se serán liberados a nadie, excepto a los padres / tutores o aquellos mencionados en los "contactos de emergencia."				
<b>PARENT'S SIGNATURE:</b> Firma de padre:			<b>DATE:</b> Fecha:	
<b>*SECTION IS TO BE COMPLETED BY FRIENDSHIP SCHOOL NURSE</b> *Sección de abajo estará completado por la enfermera				
<b>Date received:</b> _____ <b>Friendship School Nurse's Signature:</b> _____				