



ASSIGNED SCHOOL: _____

Student Name: _____

Gender: M F

Date of Birth: _____

Parent/Guardian Name: _____

Phone: _____ cell home work

My student **DOES NOT** have any serious health conditions that will affect them at school.

My student **HAS** the following serious health conditions. Check all boxes below that apply.

SEVERE LIFE-THREATENING HEALTH CONDITIONS

If you check any of the following boxes you must contact the school nurse YEARLY to determine the need for an Emergency Care Plan. The plan must be in place and/or medication at school before starting the school year. (per RCW28A.210.320)

ANAPHYLAXIS: Severe allergy **with epinephrine** prescribed (example: peanuts, tree nuts, bee stings)

Allergen(s): _____

Symptoms: _____

ASTHMA:

What daily medications does your child use at home? _____

Does your child require an inhaler at school? Yes No Asthma triggers? _____

Has your child been hospitalized or been on oral steroids within the past year? Yes No

CARDIAC:

Heart condition: _____ Age Diagnosed: _____

Current medications: _____

Current restrictions for school: _____

DIABETES:

Type I – Insulin Dependent Age diagnosed: _____ Insulin Pump: Yes No

Type II – Control with diet and oral hypoglycemic Medications: _____

SEIZURES:

Orders for emergency medication during the school day Diastat Midazolam

Grand Mal: Age diagnosed: _____ Medications at home: _____

Petit Mal: Age diagnosed: _____ Medications at home: _____

Other: _____

Seizures look like: _____

OTHER LIFE-THREATENING CONDITION: _____

Has your doctor ever diagnosed your child with any of the following (check only if it applies to your child):

Allergy: NOT life threatening, to: _____

Digestive disorders (food intolerances, IBS, constipation)

Neurological (CP, Hydrocephalus, Concussions, etc.)

Orthopedic problems (Arthritis, MS, etc.)

ADHD/ADD: Medications: _____

Nutritional Assistance (Tube feeding, catheterization)

Mental Health (Depression, Anxiety, Eating disorder, OCD, etc.)

Bleeding disorders: _____

Other respiratory concerns: _____

Hearing Concerns:

Deaf Hearing loss Hearing aids

Vision Concerns:

Full time glasses/contacts Reading glasses

Urinary/Kidney disorder (Reflux, catheterization, etc.)

Skin Conditions: _____

Please explain any conditions checked above: (example: allergy to eggs, vomits, no medications)

Does your child need medication at school, or have any other school day health needs? Yes No

If yes, please list: _____

Does your child take daily medication at home? Please list: _____

I give permission for my child's immunization records to be updated using the Washington State Immunization System Yes No

Permission granted for emergency hospitalization or doctor's care Yes No

I understand that the above information will be shared with school district personnel on a "need to know" basis.

Parent Signature: _____ **Date:** _____

School Nurse comments (For School Nurse Use only): _____



ESCUELA ASIGNADA _____

Nombre del estudiante: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de padre o familia/tutor: _____ Teléfono: _____ Celular Hogar Trabajo

- Mi estudiante **NO tiene** ninguna condición de salud grave que lo afecte en la escuela.
- Mi estudiante **TIENE** las siguientes condiciones de salud graves. Marque todas las casillas a continuación que se aplican.

CONDICIONES DE SALUD SEVERAS, QUE PONGAN EN PELIGRO LA VIDA
Si marca alguna de las cajas siguientes, se necesita contactar a la enfermera de la escuela cada año para hacer un plan de emergencia. El plan tiene que estar listo antes que empieza el año escolar. (per RCW28A.210.320)

ALÉRGIAS: Alèrgia severa **con receta por epinephrine** (por ejemplo: cacahuete, piquete de abeja)
Alergeno(s): _____
Síntomas: _____

ASMA:
¿Cuàles medicamentos usa su estudiante diàrio en casa? _____
¿Necesita su estudiante un inhalador en la escuela? Sí No Cosas que provocan el asma: _____
¿Ha estado en el hospital o ha tomado esteroides orales durante el año pasado? Sí No

CARDIACO:
Condición del corazón: _____ Fecha de diagnóstico: _____
Medicamentos actuales: _____
Restricciones actuales para la escuela: _____

DIABETES:
 Tipo I – Dependiente en insulina Fecha de diagnóstico: _____ Bomba de insulina: Sí No
 Tipo II – Controla con dieta y pastilla(s) Medicinas: _____

ATAQUE (EPILEPSIA):
 Ordenes para medicamentos de emergencia durante el día escolar Diastat Midazolam
 Grand Mal: Fecha de diagnóstico: _____ Medicamentos en casa: _____
 Petit Mal: Fecha de diagnóstico: _____ Medicamentos en casa: _____
 Otro: _____
 Los ataques parecen así: _____

OTRA CONDICIÓN DE SALUD, QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA: _____

Tiene su suestudiante alguna de las condiciones siguientes. (Solo marque alguna si se aplica a su niño):

- Alèrgia: **NO** severa, a: _____
- Trastorno de la sangre:** _____
- Condiciones digestivas** (intolerancia a alimentos, IBS, celiaca)
- Otras condiciones respiratorias:** _____
- Trastorno neurològico** (CP, hidrocefalia, etc.)
- Pèrdida auditiva:**
 Sordo Pèrdida parcial Aparato auditivo
- Problemas ortopèdicos** (Artritis, MS, etc.)
- Discapacidad visual:**
 Lentes/contactos todo el tiempo Lentes para leer
- ADHD/ADD (Trastorno de atención):**
- Condiciones urinarias** (nefritis, incontinencia, sonda, etc.)
- Medicamentos: _____
- Asistencia con nutrición** (alimento por tubo, catèter/sonda)
- Condiciones de la piel:** _____
- Salud Mental** (Depresión, Ansiedad, OCD, etc.)

Explique, por favor, cualquier caja que se marcò arriba:

¿Necesita su estudiante medicamentos en la escuela, o tiene otras necesidades especiales durante el día escolar? Sí No
Si marcò sí, por favor explique: _____

¿Toma diariamente medicamentos en casa? Enumere: _____

Doy permiso que la escuela mantenga las inmunizaciones de mi niño/a por el Sistema de Immunization del Estado de Washington Sí No

Doy permiso para cuidado de emergencia en el hospital o con doctor Sí No

Entiendo que la enfermera compartirà la información arriba con personal de la escuela que necesitan saber.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____