



# STUDENT HEALTH HISTORY

To be completed by parent/guardian

**Health Services use only:**  
Reviewed/Entered by: \_\_\_\_\_  
Parent Contacted: \_\_\_\_\_  
Orders on File: Yes  No

Student Name: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

No  Yes **Glasses/Contacts**, Date of last eye evaluation: \_\_\_\_\_

No  Yes **Hearing Aids**, Date of last hearing exam: \_\_\_\_\_

**Primary Doctor:** \_\_\_\_\_ Date of last physical: \_\_\_\_\_

**Dentist:** \_\_\_\_\_ Date of last dental visit: \_\_\_\_\_

### Daily Medications

California Education Code Section, 49423 allows the school nurse or other designated non-medical school personnel to assist students who are required to take medication during the school day. A written statement signed by the licensed authorized health care provider/dentist specifying the reason for the medication, the name, dosage, time, route, side effect, and specific instructions for emergency treatment must be on file at school. A form is available at your school Health Office or on the Santa Ana Unified School District website.

No  Yes **Medication needed at school**, list names, dosages, and times: \_\_\_\_\_

No  Yes **Medication needed at home**, list names, dosages, and times: \_\_\_\_\_

No  Yes **Meal accommodation needed at school**

**Life Threatening Conditions**, these may require health care provider orders and/or a plan of care  
Please check all that apply:

No  Yes **Severe Allergic reaction to Nuts**, list nut(s) and any emergency medication needed \_\_\_\_\_

No  Yes **Severe Allergic reaction to Bee Stings** requiring emergency medication: \_\_\_\_\_

No  Yes **Other Severe Allergies** affecting school. Specify: \_\_\_\_\_

No  Yes **Severe Asthma**: regularly takes medication for asthmatic condition and/or hospitalized within the last 5 years for asthmatic condition (medication needed at school) \_\_\_\_\_

No  Yes **Diabetes**, type I or type II? \_\_\_\_\_

No  Yes **Seizure Disorder** that requires an emergency medication: \_\_\_\_\_

No  Yes **Bleeding Disorder**: \_\_\_\_\_

**Health Concerns**, potentially life-threatening conditions that may require Health Care Provider orders  
Please check all that apply and explain:

No  Yes **Asthma**: \_\_\_\_\_

No  Yes **Seizure: Type of Seizures and date of last Seizure**: \_\_\_\_\_

No  Yes **Heart Condition**, please describe: \_\_\_\_\_  
**Does the heart condition require any activity restrictions?** \_\_\_\_\_

No  Yes **Behavioral/Emotional Concerns** (mental health diagnosis, ADHD, depression, anxiety, eating disorder, etc.)? \_\_\_\_\_

No  Yes **Other Health Concerns** not previously mentioned: \_\_\_\_\_

No  Yes **Any Chronic or recurring illness**: \_\_\_\_\_

No  Yes **Medical Procedure Required at School**: \_\_\_\_\_

### Other Health Concerns

Please describe any chronic or recurring illnesses (constipation, urinary tract infection, ear infections, rashes etc.)

Please describe any medical procedures that are required while the student is at school:

Please describe any other condition that would affect the student's classroom performance or P.E. activities not previously mentioned:

All health information is considered confidential. It may be shared with staff as needed during the time your child is enrolled in Santa Ana School District in order to ensure the health and safety of your child, unless otherwise requested by you in writing.

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

Lo debe llenar el padre/tutor

<b>Health Services use only:</b> <b>Reviewed/Entered by:</b> _____ <b>Parent Contacted:</b> _____ <b>Orders on File:</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

No  Sí **Anteojos/Lentes de Contacto.** Fecha de la última evaluación de los ojos: \_\_\_\_\_

No  Sí **Audífonos.** Fecha del último examen de los oídos: \_\_\_\_\_

**Médico de Cabecera:** \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

**Dentista:** \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita dental: \_\_\_\_\_

### Medicamentos Diarios

La Sección 49423 del Código de Educación de California permite a la enfermera escolar o a otro personal no médico de la escuela asistir a los alumnos quienes deban tomar medicamentos durante el día escolar. La escuela debe tener en sus archivos una declaración por escrito y firmada por un profesional de salud autorizado/dentista especificando la razón para tomar el medicamento, el nombre, la dosis, el horario, efectos colaterales e instrucciones específicas para casos de emergencia. El formulario se encuentra disponible en la Enfermería de su escuela o en la página web del Distrito Escolar Unificado de Santa Ana.

No  Sí **Medicamento que se necesita en la escuela.** *Liste nombres, dosis y horarios:* \_\_\_\_\_

No  Sí **Medicamento que se necesita en la casa.** *Liste nombres, dosis y horarios:* \_\_\_\_\_

No  Sí **Acomodamiento necesario para las comidas en la escuela**

### **Condiciones Médicas que Amenazan la Vida, Puede Requerir Órdenes y/o Plan de Cuidado del Proveedor de Cuidado Médico**

*Por favor marque todo lo que corresponda:*

No  Sí **Reacciones alérgicas severas a las nueces,** *Liste las nueces y cualquier medicamento de emergencia necesario* \_\_\_\_\_

No  Sí **Reacciones alérgicas severas a picaduras de abejas que requieran medicamento de emergencia:** \_\_\_\_\_

No  Sí **Otras reacciones alérgicas severas que afecten a la escuela. Especifique:** \_\_\_\_\_

No  Sí **Asma Severa: Toma medicamento regularmente para el asma y/o hospitalizado/a por asma en los últimos 5 años (medicamento que se necesita en la escuela)** \_\_\_\_\_

No  Sí **Diabetes, ¿Tipo I o Tipo II?** \_\_\_\_\_

No  Sí **Trastorno Convulsivo que requiera medicamentos de emergencia:** \_\_\_\_\_

No  Sí **Desorden de Sangrado:** \_\_\_\_\_

### **Preocupaciones por la Salud, Condiciones médicas que potencialmente amenacen la vida y que podrían requerir órdenes del Proveedor del Cuidado de la salud. Por favor marque todo lo que corresponda y explique:**

No  Sí **Asma:** \_\_\_\_\_

No  Sí **Convulsiones: Tipos de Convulsiones y fecha de la última convulsión:** \_\_\_\_\_

No  Sí **Problemas cardíacos, por favor descríbalos:** \_\_\_\_\_

**¿Esos problemas cardíacos requieren restricciones de actividad?** \_\_\_\_\_

No  Sí **Inquietudes conductuales/emocionales (diagnóstico de salud mental, ADHD [hiperactividad], depresión, ansiedad, desorden alimenticio, etc.)** \_\_\_\_\_

No  Sí **Otras preocupaciones por la salud no mencionadas antes** \_\_\_\_\_

No  Sí **Alguna enfermedad crónica o recurrente:** \_\_\_\_\_

No  Sí **Procedimiento médico requerido en la escuela:** \_\_\_\_\_

### **Otras Preocupaciones por la Salud**

**Describe cualquier enfermedad crónica o recurrente (constipación, infección urinaria, infecciones de oído, sarpullidos, etc.)**

**Por favor describa cualquier procedimiento médico que se requiera mientras el alumno esté en la escuela:**

**Por favor describa cualquier otra condición que pueda afectar el desempeño del alumno en la clase o en actividades de Educación Física no mencionadas anteriormente:**

Toda la información médica se considera confidencial. Podría compartirse con el personal en la medida de lo necesario durante el tiempo que su hijo/a esté inscripto/a en el Distrito Escolar de Santa Ana para asegurar su salud y su seguridad, a menos que usted solicite lo contrario por escrito.

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_