



Houston County Student Health Record

Health Related Services



Student's Name: _____ Student's ID #: _____ DOB: _____

School: _____ Grade: _____ Home Room Teacher: _____ Date: _____

Does this student have any medical concerns? Yes (complete form) No (stop form here)

Allergies (medication, food, insect, environment): _____

What kind of reaction occurs with these allergies? _____

Has your student ever had an Anaphylactic Reaction? Y N EMERGENCY Injectable Epinephrine Y N

Student's Current Medical History: **(Check All That Apply)**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> Asthma: <input type="checkbox"/> Y / <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Inhaler
<input type="checkbox"/> Seasonal
<input type="checkbox"/> Nebulizer
<input type="checkbox"/> Trigger(s): _____
<input type="checkbox"/> Auto Immune Disorder
<input type="checkbox"/> Bleeding Problems/Blood Disorder

<input type="checkbox"/> Blood Pressure:
<input type="checkbox"/> High
<input type="checkbox"/> Low
<input type="checkbox"/> Bowel/Bladder Problem
<input type="checkbox"/> Bronchitis (<i>Chronic</i>) | <input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Cardiac <input type="checkbox"/> Chest Pain
<input type="checkbox"/> Crohns/IBS
<input type="checkbox"/> Convulsions w/Fever
<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
<input type="checkbox"/> Diabetes: _____ <input type="checkbox"/> Glucagon
<input type="checkbox"/> Insulin injection or <input type="checkbox"/> Pump
<input type="checkbox"/> Fainting Spells/Dizziness
<input type="checkbox"/> Frequent Headaches/Migraines
<input type="checkbox"/> Frequent Nose Bleeds
<input type="checkbox"/> Gastric Reflux
<input type="checkbox"/> Hearing Problems
<input type="checkbox"/> Heart Murmurs/ Type: _____
<input type="checkbox"/> Heat Exhaustion
<input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Limb Loss
<input type="checkbox"/> Missing Organs (<i>eye, kidney, etc.</i>)
<input type="checkbox"/> Pacemaker or <input type="checkbox"/> Defibrillator
<input type="checkbox"/> Premature Birth (Complications)
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
<input type="checkbox"/> Seizures: (Type): _____
Diastat _____ VNS _____
<input type="checkbox"/> Sickle Cell Condition
<input type="checkbox"/> Skin Condition
<input type="checkbox"/> Speech Difficulty

<input type="checkbox"/> Surgery/Hospitalization
<input type="checkbox"/> Vision Problems/Contacts
<input type="checkbox"/> Weight Problems
<input type="checkbox"/> Other: _____ |
|--|---|---|

Describe how the above checked items affect your student at school (you may use back of form if needed).

Does your student have any potentially life threatening condition(s)? _____ If yes, please explain. _____

List **all** medication(s) the student takes (if taken at school, see Health Tech for form): _____

Has a doctor ordered any special dietary modifications (See Health Tech for form, must be updated annually)? _____

Current Physician: _____ Family Pediatrician: _____ Specialist: _____

Sign if you consent to the exchange of relevant medical information between the student's physician and the school nurse to include diagnosis, prognosis, treatment medical orders and records.

Signature: _____ Relationship to Student: _____

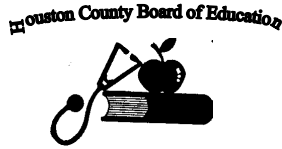
Date: _____ After School Program: _____

After School Daycare: (*Name*) _____

Car Ride: _____

Bus #: _____





Registro de Salud del Condado de Houston

Servicios Relacionados con la Salud



Nombre del Estudiante _____ # ID del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro de Salón de Clases: _____ Fecha: _____

¿Tiene este estudiante alguna preocupación médica? Sí (complete este formulario) No (detenga el formulario aquí).

Alergias (medicina, comida, insectos, ambiente): _____

¿Qué reacción ocurre con estas alergias? _____

Alguna vez su hijo/a ha tenido una reacción anafiláctica? S N **EMERGENCIA Epinefrina Inyectable** S N

Historia médica actual del estudiante: *(Marque todas las que apliquen)*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Pérdida de extremidad |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Pérdida de órganos (<i>ojo, riñón, etc.</i>) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Crohn/IBS | <input type="checkbox"/> Marca pasos o <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Asma: <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Convulsiones con/Fiebre | <input type="checkbox"/> Nació. prematuro (Complicaciones) |
| <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> De temporada | <input type="checkbox"/> Diabetes: _____ <input type="checkbox"/> Glucagón | <input type="checkbox"/> Convulsiones: (Tipo): _____ |
| <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> inyección de Insulina o | <input type="checkbox"/> Diastat _____ VNS _____ |
| <input type="checkbox"/> Que la provoca: _____ | <input type="checkbox"/> Bomba | <input type="checkbox"/> Condición de célula Sickle |
| <input type="checkbox"/> Desorden auto inmune | <input type="checkbox"/> Periodos de fatiga/Mareo | <input type="checkbox"/> Condición de piel |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado/Desorden sanguíneo | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente/Migrañas | <input type="checkbox"/> Dificultad de habla |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea: | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal frecuente | <input type="checkbox"/> Cirugía/Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico | <input type="checkbox"/> Visión Problemas/Contactos |
| <input type="checkbox"/> Baja | <input type="checkbox"/> Problemas de escucha | <input type="checkbox"/> Problemas de peso |
| <input type="checkbox"/> Problema de Intestinos/vejiga | <input type="checkbox"/> Soplo de corazón/ Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis (<i>Crónica</i>) | <input type="checkbox"/> Cansancio por calor | |
| | <input type="checkbox"/> Hemofilia | |

Describe como lo marcado anteriormente afecta a su hijo/a en la escuela (usted puede usar la parte de atrás de la forma si es necesario).

Si hijo/a tiene alguna condición que atente potencialmente con su vida? _____ sí, sí la tiene por favor explique.

Mencione **todas** las medicinas que el estudiante toma (si se toman en la escuela, vaya a ver a la técnica de salud de la escuela para pedir un formulario): _____

¿Ha el Doctor ordenado cualquier modificación especial en la dieta? (vaya a ver a la técnica de salud de la escuela para pedir un formulario de modificación de comidas, actualizado anualmente) _____

Nombre de su Doctor: _____ Nombre del Pediatra: _____ Especialista: _____

Firme si usted acepta el intercambio de información médica relevante entre el Doctor del estudiante y la enfermera de la escuela para incluyendo el diagnostico, pronóstico, órdenes medicas de tratamiento y registros.

Firma: _____ Relación con el estudiante: _____

Fecha: _____

Programa despues de la escuela: _____

Guarderia despues de la escuela: (*Nombre*) _____

En carro: _____

Bus #: _____

