

DIOCESE OF TUCSON CATHOLIC SCHOOLS
HEALTH SERVICES REGISTRATION Pre-K - 12

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____
Last First Middle

HEALTH CONCERNS/HEALTH HISTORY:

← Check here if your child DOES NOT have any health issues (*sign at bottom*)

If your child has health concerns please check all current health conditions below and fill in blanks if applicable. Parent/guardian is responsible for notifying the school of new or existing health concerns and for providing the school with any medication or equipment that the student will require during the school day. Check with the health office to obtain the correct procedural forms. **Life-threatening conditions such as anaphylaxis, asthma, diabetes, or other conditions require individual health care plans/action plans, medication permits, and staff training prior to the first day of school. Please contact the school nurse to discuss your child's needs.*

ALLERGIES (**requires an Allergy Action Plan if intervention is needed at school and a medication permit if medication will be kept in health office*)

Food: _____ Bee / Insect: _____ Allergy to Medication: _____ Other: _____

School Treatment: My child will carry EpiPen & has been instructed on EpiPen use EpiPen will be kept in Health Office* Other: _____

ASTHMA (**requires an Asthma Action Plan if intervention is needed at school and a medication permit if medication will be kept in health office*)

Triggers: Exercise Environmental Other: _____

School Treatment: My child will carry inhaler & has been instructed on inhaler use Inhaler/Nebulizer will be kept in health office*

My child was diagnosed with asthma but no longer uses an inhaler - date of last asthma episode: _____

DIABETES (**a Diabetes Care Plan is required for all students with Type I Diabetes - please contact the school nurse prior to the start of school*)

*Type I (takes insulin) Insulin Pump Pen Syringe Type II (diet/exercise/medication controlled)

EMOTIONAL/BEHAVIORAL/PSYCHOLOGICAL/DEVELOPMENTAL

ADD ADHD Anxiety Asperger's Autism Bipolar Depression Developmental Delay

Mood Disorder OCD ODD PTSD Schizophrenia Other: _____

HEARING/VISION

Known hearing loss explain: _____ Hearing aid Glasses/Contacts Other vision problem: _____

MOBILITY/ACTIVITY

Activity restriction explain: _____ My child uses an assistive device: Wheelchair Walker Other: _____

SEIZURES (**please contact the school regarding a seizure action plan and a medication permit if medications will be given at school*)

Type of seizure: _____ Date of last seizure: _____ My child will have Diastat at school*

OTHER MEDICAL ISSUES (*if you check any conditions below please explain in space provided*)

Bleeding disorder Birth defect/disorder Cancer Cerebral Palsy Concussion (date: _____) Endocrine

Gastrointestinal/Bladder Skin condition Heart Condition Hypertension Migraines Other: _____

Explanation: _____

My child will need help with activities of daily living and/or health care procedures (**contact nurse*)

MEDICATION (**obtain medication permit from health office at school*)

Medication taken at home: _____

Medication to be given at school (**permit required*): _____

Information provided on this form will replace and/or update any previous health information received with the exception of Life-Threatening Health Conditions (*contact nurse about removing this information*). It is the parent/guardian responsibility to notify the health office if any changes occur in their child's health status.

Parent/Guardian Name (printed): _____ Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

DIOCESE OF TUCSON CATHOLIC SCHOOLS

INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE Pre-K - 12

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

PREOCUPACIONES DE LA SALUD/HISTORIAL DE LA SALUD:

← Marque aquí si su hijo (a) NO tiene ningún problema de salud (firme abajo)

Si su hijo tiene problemas de salud, por favor marque todas las condiciones de salud actuales abajo y llene los espacios si es que aplica. El padre/tutor es responsable de notificar a la escuela de problemas nuevos o existentes y de proporcionarle a la escuela cualquier medicamento o equipo que el estudiante requiera durante el día escolar. Indague en la oficina principal para obtener todas las formas de procedimiento correctas. ***Condiciones graves tales como anafilaxia, asma, diabetes y otras condiciones requieren planes individuales de cuidado de la salud/planes de acción, permisos de medicamentos y entrenamiento del personal antes del primer día. Por favor, contacte a la enfermera escolar para discutir las necesidades de su hijo.**

ALERGIAS (**se requiere un plan de acción para la alergia si se necesita intervención en la escuela y un permiso para el medicamento si el medicamento va a ser guardado en la oficina de Salud*)

Comida: _____ Abeja / Insecto: _____ Alergias a los medicamentos: _____ Otro: _____

Tratamiento Escolar: Mi hijo llevará consigo EpiPen y ha sido instruido en el uso de EpiPen Se guardará EpiPen en la oficina de salud* Otro: _____

ASMA (**se requiere de un plan de acción para el asma si se necesita intervención en la escuela y un permiso para el medicamento si el medicamento va a ser guardado en la oficina de salud*)

Factores provocantes: Ejercicio Ambiental Otro: _____

Tratamiento Escolar: *Mi hijo llevará consigo un inhalador y ha sido instruido en el uso del inhalador *Se guardará el Inhalador/Nebulizador en la oficina de salud

Mi hijo fue diagnosticado con asma pero ya no usa un inhalador - fecha del último episodio de asma: _____

DIABETES* (*se requiere un plan de cuidado de la diabetes para todos los estudiantes con el tipo I - por favor, contacte a la enfermera escolar antes del comienzo de las clases*)

*Tipo I (toma insulina) Bomba de insulina Pluma Jeringa Tipo II (controlado por dieta/ejercicio/medicamento)

EMOCIONAL/DEL COMPORTAMIENTO/PSICOLÓGICO/DEL DESARROLLO

ADD ADHD Ansiedad Asperger Autismo Bipolar Depresión Retraso del desarrollo

Desorden del humor OCD ODD PTSD Esquizofrenia Otro: _____

AUDICIÓN/VISIÓN

Pérdida de audición conocida (*explique*): _____ Prótesis auditiva Lentes/Contactos Otro problema de la visión: _____

MOBILIDAD/ACTIVIDAD

Restricción de actividades (*explique*): _____ Mi hijo usa un aparato de ayuda: Silla de Ruedas Andador Otro: _____

ATAQUES (**Por favor comuníquese con la escuela acerca de un plan de acción de ataques y un permiso para el medicamento si es que se administrarán medicamentos en la escuela*)

Tipo de Ataque: _____ Fecha del último ataque: _____ Mi hijo tendrá Diastat en la escuela *

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS (*si marca cualquier condición, explique en el espacio proporcionado*)

Desorden de Sangrado Defecto/desorden de nacimiento Cáncer Parálisis cerebral Conmoción cerebral (fecha: _____) Endocrino

Gastrointestinal/Vejiga Condición de Piel Condición del Corazón Hipertensión Migraña Otro: _____

Explicación: _____

Mi hijo necesitará ayuda con las actividades de la vida cotidiana y/o procedimientos del cuidado de la salud* (*comuníquese con la enfermera*)

MEDICAMENTO* (*obtenga un permiso para medicamentos de la oficina de salud escolar*)

Medicamentos tomados en casa: _____

Medicamentos para ser administrados en la escuela (** permiso requerido*): _____

La información proporcionada en esta forma reemplazará y/o actualizará cualquier información médica recibida previamente con la excepción de condiciones que amenacen la vida (*comuníquese con la enfermera escolar referente a quitar esta información*). Es la responsabilidad del padre/tutor de notificar a la oficina de salud si ocurre cualquier cambio en el estado de salud de su hijo.

Nombre del padre/tutor (impreso): _____ Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____