

PUPIL HEALTH INVENTORY

Name: _____ DOB: _____ Date: _____

Does your child have any medical conditions? (circle one) YES NO

If YES please choose the appropriate medical condition(s) from the area below:

Allergy-Life Threatening: Food
Specify: _____

Medication: _____

Allergy-Life Threatening: Insect
Specify: _____

Medication: _____

Allergy-Pollen/Dust/Animal

ADD/ADHD

Asthma

Blood Disorder

Specify: _____

Diabetes Type 1

Diabetes Type 2

Headaches/Migraines

Hearing Impairment

Hearing Aid Deaf Preferential Seating

Heart Disease/Defect

Specify activity restrictions: _____

Mental Health Diagnosis

Specify: _____

Orthopedic Restrictions

Specify: _____

Seizures

Type: _____

Medications: _____

Vision Impairment

Glasses Contacts Preferential Seating

Other: (Specify) _____

Is your child taking any medication(s) other than the one(s) you already listed? (circle one) YES NO

If YES, please specify: _____

Has your child had any hospitalizations in the last year? (circle one) YES NO

If YES, please specify date and reason why: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

INVENTARIO DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Tiene su hijo/a alguna condición medica? (circule su respuesta) SI NO

Si su respuesta fue sí, marque las condiciones médicas apropiadas de abajo:

Alergia a alguna comida - reacción mortal

Especifique: _____

Medicamento: _____

Alergia al piquete de insecto - reacción mortal

Especifique: _____

Medicamento: _____

Alergia al polen, al polvo, a los animales

Déficit de atención / hiperactividad

Asma

Condición sanguínea

Especifique: _____

Diabetes tipo 1

Diabetes tipo 2

Dolores de cabeza / migrañas

Discapacidad Auditiva

Usa audífono sordo asiento preferencial

Enfermedad y/o defecto del corazón

Restricción de actividad especifique: _____

Padecimiento Mental

Especifique: _____

Restricción ortopédico

Especifique: _____

Ataques (convulsiones)

Tipo: _____

Medicamento: _____

Discapacidad visual

Usa lentes lentes de contacto asiento preferencial

Otra: (especifique) _____

Su hijo/a está tomando algún otro medicamento que no haya anotado arriba? (circule su respue SI NO

Si su respuesta fue sí, favor especifique: _____

Su hijo/a ha sido hospitalizado este último año? (circule su respuesta) SI NO

Si su respuesta fue sí, especifique la fecha y la razón: _____

Firma de padres: _____ Fecha: _____