

Fayetteville Public Schools
Student Health History

Name of School: _____ Current Grade: _____

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Parent/Guardian Name (Print): _____ Phone: _____

Parent/Guardian Name (Print): _____ Phone: _____

Primary Email: _____ Secondary Email: _____

Medically Diagnosed Conditions	Current	Past (Year)	Never	Medically Diagnosed Conditions	Current	Past (Year)	Never
*ADD/ADHD				Muscle Problems			
*Asthma				Pregnant			
Balance issues; leg braces, wheelchair, etc.				Seasonal Allergies			
Bladder Problem				*Seizures/Convulsions			
Bleeding Problem				*Severe Allergies (requires Epi-Pen)			
Bowel Problem				Severe behavioral issues			
Cerebral Palsy				Severe or Chronic Abdominal Pain			
Cystic Fibrosis				Sickle Cell Disease			
*Diabetes				Speech Problem			
Eczema, Skin Disease				Surgery			
Head or Spinal Injury/Concussion				Tumor, Growth or Cancer			
Heart Condition/Heart Surgeries				Vision Problems/Wears Glasses or Contacts			
Loss of family, divorce/separation, move				Worry, Anxiety/Depression			

*****Asthma, Diabetes, Anaphylaxis Allergy or Seizure history requires a new Health Plan yearly as well as any required medications to treat these conditions such as inhaler, Benadryl and EpiPen. See school nurse.*****

Explain health conditions or concerns:

List all prescription and over-the-counter medication your child takes regularly/daily:

Will your child take medication at school? ___ Yes ___ No

Name of medication/Dose/Time of day to be given: _____

****Please note that the school does NOT provide medications such as Tylenol and Ibuprofen. Parents must provide these medications in an unopened container with the name of the student on the bottle. A Registered Nurse will require written parent permission to administer any over-the-counter medication at school.**

Student's Primary Care Physician _____

By signing below, I give permission for any and all medical information to be shared with all school personnel that may interact with my child.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

SPANISH STUDENT HEALTH INFORMATION
 INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre de la Escuela: _____ Grado Actual: _____
 Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de la Madre o Tutor Legal (letra de molde): _____ Teléfono: _____
 Nombre del Padre o Tutor Legal (letra de molde): _____ Teléfono: _____
 Dirección Electrónica Primaria: _____ Dirección Electrónica Secundaria: _____

Condiciones Médicamente Diagnosticados	Actual	Pasado (Escriba el Año)	Nunca	Condiciones Médicamente Diagnosticados	Actual	Pasado (Escriba el Año)	Nunca
*ADD/ADHD Déficit de Atención				Problemas Musculares			
*Asma				Preñez (embarazo)			
Problemas de Balance; Soporte de Piernas, silla de ruedas, etc.				Alergias de Temporada			
Problema de la Vejiga				*Ataques Epilépticos /Convulsiones			
Problema de Sangrar				*Alergias Severas (requiere el 'Epi-Pen')			
Problema de Defecación				Problemas Severos de Comportamiento			
Parálisis Cerebral				Problemas Severos o Crónicos de Dolores Abdominales			
Fibrosis Quística				Enfermedad de Células Falciformes			
*Diabetes				Problema del Habla			
Eczema, Enfermedad de la Piel				Cirugía			
Lesión de la Cabeza o Espinal/ Contusión Cerebral				Tumor, Crecimiento o Cáncer			
Problemas del Corazón/Cirugías del Corazón				Problemas de la Visión/Usa Lentes o Lentes de Contacto			
Muerte de algún familiar, divorcio/separación, mudanzas				Preocupación, Ansiedad/Depresión			

*****Estudiantes con historial de Asma, Diabetes, Alergias Anafilaxias o Convulsiones requieren un nuevo Plan de Acción cada año como cualquier medicamento requerido para el tratamiento de estas condiciones como inhalador, Benadril y Epi-Pen. Vea a la enfermera de la escuela*****

Explique condiciones de salud o preocupaciones:

Escriba todas las medicinas recetadas y no recetadas que su niño está tomando todos los días:

¿Tomará su niño medicina en la escuela? ____ Sí ____ No

Nombre/Dosis/Hora en que se debe administrar: _____

**Por favor tome nota que la escuela NO provee medicamentos como Tylenol e Ibuprofen. Los padres deberán proveer de estas medicinas en el envase original sellado con el nombre escrito del estudiante en la botella. Un permiso escrito se requerirá para poder administrar cualquier medicamento en la escuela. Una enfermera certificada (RN) requerirá un permiso escrito por uno de los padres para poder administrar cualquier medicamento sin receta en la escuela.

Médico de Cuidado Primario del Estudiante _____

Al firmar abajo, yo estoy dando permiso para que alguna o toda información médica sea compartida con todo el personal de la escuela que pueda relacionarse con mi niño.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____