

Bone/Joint problems or arthritis Yes No Describe _____
List physical restrictions _____

Chicken Pox Yes No Date of contraction _____

Check all the following regarding health concerns that pertain to student:

Eyes: Date last seen by eye doctor _____ ___ Glasses ___ Contacts Date of last prescription _____ ___ reading ___ distance ___ contacts ___ difficulty seeing ___ lazy eye ___ concerns _____	Ears: ___ known hearing loss ___ frequent infections ___ tubes ___ hearing difficulties, explain: _____ _____	Hearing Aids: ___ right ___ left ___ wear at school ___ other ___ concerns _____ _____ _____
--	--	--

Other: ___ menstruation ___ blood disorder ___ blood pressure ___ nosebleeds ___ eating ___ sleeping ___ bladder	___ requires catheterization ___ lungs ___ neurological ___ headaches ___ bowel ___ requires diapering ___ phobias	___ ADD/ADHD ___ head Injury ___ dental ___ bedwetting ___ skin ___ other _____ ___ other _____
--	--	---

Medication:

Is student taking daily medication at home? Yes No At school? Yes No Emergency Only? Yes No

Name of medication and reasons for taking:

If student requires medication at school, please obtain the appropriate form found in the school office.

List serious illness or injuries _____

List any operations _____ Conditions that prevent PE participation?
Explain: _____

If student requires a change in PE participation, please obtain the appropriate form found in the school office.

Check services student currently receives:

___ Special Education services (i.e., resource room)
___ Speech/Language ___ OT/PT services ___ Counselor ___ Title I ___ Special diet
___ requires special health care, please explain:

Do you give us permission to input your child's vaccine record into CIIS-Colorado Immunization Information System
Please circle -Yes or No

Any other health concerns:

Signature of legal parent/guardian

Date

Uncompahgre Board of Cooperative Services
Inventario de Salud de Estudiante

Año: 2021/22 Grado _____ Escuela: Distrito Escolar de Telluride

Para poder proporcionar servicios de salud escolar, por favor complete el formulario siguiente y devuélvalo a la oficina de la enfermera/o escolar. Por favor llame a la enfermera/o de su escuela, si tiene preguntas o preocupaciones.

(Marque uno)

Nombre del Estudiante (apellido)	(nombre)	(segundo)	Fecha de Nacimiento	M Masculino F Femenino
----------------------------------	----------	-----------	---------------------	---------------------------------

¿Tiene seguro de salud el estudiante?	Sí	No	Medicaid	Sí	No
Si esta cubierto su niño por Medicaid, nosotros tenemos su permiso para facturar para servicios de salud?	Sí	No	ID# _____		
			CHIP _____		

¿Si su hijo/a no tuviera seguro medico, daria permiso a la enfermera de la escuela para que comparta esta informacion con la consejera de inscripciones de Medicaid/CHP+?	Si	No
---	----	----

Nombre de padre o guardián _____ Número de teléfono del día _____

Nombre del doctor _____ Fecha de ultimo examinación física _____

Nombre del dentista _____ Fecha de ultimo examen _____

¿Esta de bajo del cuidado de un ortodontista? Sí No Nombre del doctor _____

¿Tiene el estudiante cualquier de lo siguiente?

Alergias	Sí	No	¿A drogas, comida, insectos, polen? Lista _____		
			¿La alergia le ha causado alguna emergencia en el pasado?	Sí	No
			¿Si sí, fue prescribió Epinephrine?	Sí	No
			¿Si sí, puede al estudiante administra la inyección asimismo?	Sí	No
			Comentarios _____		

Alergia a picadura de abeja	Sí	No	Describa las reacciones _____		
			¿Dificultad respiratoria?	Sí	No
			¿Necesita medicina de emergencia?	Sí	No

Asma	Sí	No	¿Provocado por? _____ Medicina o tratamiento _____		
			¿Diagnosticado por doctor? _____ Fecha _____		
			Cual fue la fecha del último ataque _____		
			¿El estudiante necesita que le den la medicina en la escuela?	Sí	No
			Grados 7-12 pueden llevar su inhalador luego de llenar el formulario y entregarlo a la enfermera. Se recomienda tener uno de repuesto e la enfermería de la escuela.		

La Diabetes	Sí	No	¿Necesita insulina? Sí No Fecha de diagnóstico _____		
			¿Toma la medicina en la escuela?	Sí	No
			¿Sabe el estudiante como usar su medicina?	Sí	No

Epilepsia/ Convulsión	Sí	No	Describa la convulsión _____		
			Fecha de ultima convulsión: _____ medicamento: _____		
			¿El estudiante esta bajo cuidados de un doctor por convulsiones?	Sí	No
			¿El estudiante necesita que se le de la medicina en la escuela?	Sí	No

La Tuberculosis	Sí	No	¿Diagnosticado por doctor? _____ Fecha _____		
-----------------	----	----	--	--	--

Problemas de Habla	Sí	No	Describa, por favor _____		
--------------------	----	----	---------------------------	--	--

Condiciones de Corazón	Sí	No	Describa, por favor _____		
			Lista de restricciones del Corazón: _____		

Problemas de Huesos/Artritis o problemas Sí No Describa, por favor _____
lista de restricciones _____

Varicela Sí No Fecha de contagio: _____

Nota, por favor, todos los problemas de salud que pertenece al estudiante:

Ojos:

anteojos lente de contacto
 anteojos para leer
 anteojos para ver lejos
 dificultades a ver
 el ojo perezoso
 preocupaciones _____

Orejas:

la sordera
 infecciones frecuentemente
 los tubos
 dificultades de oír, explica

Audiófonos:

la derecha
 la izquierda
 llevar en la escuela
 otro _____
 preocupaciones _____

Otro:

la menstruación
 un desorden de sangre
 la presión de la sangre
 hemorragia nasal frecuentemente
 comiendo
 durmiendo
 la vejiga

requiere cateterización
 los pulmones
 neurológico
 dolor de cabeza
 los intestinos
 requiere pañales
 las fobias

ADD/ ADHD
 herida de cabeza
 dental
 enuresis nocturna
 piel
 otro _____
 otro _____

Medicinas:

¿Toma medicina diaria? Sí No ¿A escuela? Sí No ¿Solo para emergencia? Sí No
en la casa el estudiante?

El nombre de la medicina y la razón para tomarlo:

Si el estudiante necesita medicina en la escuela, por favor obtener las formas apropiadas en la oficina escolar.

Lista enfermedades o heridas serias _____

Lista operaciones _____ Condiciones que previene _____
participación en la educación física.

Si el estudiante no puede participar en la clase de educación física, por favor presente el orden del doctor a la oficina escolar.

Marque los servicios que el estudiante recibe ahora:

Habla/ Lenguaje Servicios ocupacional/ física (OT/PT) Consejero Dieta especial
 Necesita cuidado de salud especial, explica por favor:

Nos da usted permiso de poner la información de vacunas de su hijo/a en el sistema de información de vacunación de Colorado – CIIS? (marque uno) Sí o No

Otras preocupaciones de salud:

Firma de padre o guardián

Fecha