



Student Health Status Form

Formulario de estado de salud del Estudiante

Child's Name: _____ Birthdate: _____
(Nombre del niño) (Fecha de nacimiento)

In order that we may better serve your child, please complete the following (Para poder dar el mejor servicio posible a su hijo(a), por favor completar lo siguiente):

My Child has.... (Mi hijo(a) tiene....)

- NO HEALTH ISSUES (NO PROBLEMAS DE SALUD)
- Cardiac (Cardiaco)
- Diabetes (Diabetes)
- Seizures (Convulsiones)
- Asthma (Asma)
- Food Allergies (Alergias a la comida): _____
- Uses an EPI Pen (utiliza un EPI Pen)
- Medication Allergies (Alergias Medicina): _____
- Bee Sting Allergy (Alergia a las abejas)
- Other Allergies (Otro Alergias): _____
- Takes Medication (toma medicina)
- Needs to wear Glasses at School (necesita usar lentes en la escuela)
- Has a Hearing Problem (a no oye bien)
- Difficulty with Speech & Language (dificultad con el habla y el lenguaje)
- Other (Otro): _____

Details, such as medications needed at school or special considerations needed:
(Indique si hay medicamentos que necesite en la escuela o alguna consideración especial.)

Primary Health Care Provider Name
(Nombre del principal proveedor de cuidado de la salud) _____
Date of Last Visit (Fecha de la última visita) _____
Phone Number (Número de teléfono) _____

Additional Health Care Provider Name, if applicable
(Nombre del proveedor adicional de cuidado de la salud, si aplica) _____
Date of Last Visit (Fecha de la última visita) _____
Phone Number (Número de teléfono) _____

Please complete this form and return TODAY (Por favor, complete este formulario y devuélvalo HOY.)

Parent/Guardian Name (Nombre Del Padre)

Signature (Firma del padre)

Parent/Guardian Telephone Number
(Número de Teléfono del Padre)

Date (Fecha)