

Last Name _____	First _____	M.I. _____	Birthdate _____
Teacher/Grade _____	Social Security # _____		Medicaid # _____

**Round Rock Independent School District
HEALTH SERVICES DEPARTMENT**

HEALTH INFORMATION

Dear Parent/Guardian

The information requested on this form is needed to maintain a school health record for your child. Please understand that this information may be shared with school personnel who have a need to know.

STUDENT DISEASE HISTORY

	Yes	No
Diabetes		
Asthma		
Heart Disease/Disorder		
High Blood Pressure		
Kidney Disorder		
Curvature of spine		
Blood Disorder		
Hearing Loss		
Vision Loss		

	Yes	No
Attention Deficit Disorder		
Neurological Disorder		
Arthritis		
Migraine Headaches		
Seizure Disorder		
Allergic to:		
Medication		
Food		
Other		

If you marked any of the above "Yes", please explain: _____

During the past year, has your child developed any medical condition requiring continuing medical care? (i.e. diabetes, leukemia, seizures, etc.) _____

During the past year, has your child been hospitalized? If yes, please explain _____

Is your child on any kind of medication: If so, what? _____

To be taken as school? Yes No (Circle one) ***If yes, see nurse for medication form.***

Please Note: The school nurse or any other school personnel may not give any medication without written permission from a parent or legal guardian. Any daily medication which needs to be given for longer than one month must have written permission from a physician.

All medication must be in the original container with a proper label. Prescription medication must contain the physician's name, child's name, a current date, correct dosage and directions for use. Also, the child's medication plan must be such that the medication cannot be sufficiently administered outside of school hours.

Parent/Guardian Signature

Date

Apellido _____	Nombre _____	I.M. _____	Fecha de Cumpleaños _____
Maestro/Grado _____	# del Seguro Social _____	# de Medicaid _____	

Distrito Escolar Independiente de Round Rock
DEPARTAMENTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

INFORMACIÓN DE LA SALUD

Estimado padre/guardián

La información solicitada en esta forma es necesaria para mantener un expediente escolar de la salud de su niño. Comprenda por favor que esta información se puede compartir con el personal de la escuela cuando sea necesario.

HISTORIA DE ENFERMEDADES DEL ESTUDIANTE

	Sí	No
Diabetes		
Asma		
Enfermedad cardiaca		
Tensión arterial alta		
Enfermedad del riñón		
Curvatura de la espina dorsal		
Enfermedad de la sangre		
Pérdida auditiva		
Pérdida de la visión		

	Sí	No
Trastorno por déficit de atención		
Enfermedad neurológica		
Artritis		
Migraña		
Convulsiones		
Alérgico a:		
Medicación		
Alimento		
Otro		

Si usted marco cualquiera de los de arriba "sí", explique por favor: _____

¿Durante el año pasado, desarrollo su niño cualquier condición médica que requiere asistencia médica continua? (p. ej. decir diabetes, leucemia, convulsiones, etc.) _____

¿Durante el año pasado, han hospitalizado a su niño? Si sí, explique por favor _____

¿Está tomando su niño cualquier clase de medicación? ¿Si es así, cuál? _____

¿Debe tomarlo en la escuela? Sí No (Marque uno) **Si sí, vea a la enfermera para la forma de la medicación.**

Por favor note: La enfermera de la escuela o cualquier otro personal de la escuela no puede dar ninguna medicación sin permiso por escrito del padre o del guardián legal. Cualquier medicación diaria que necesita ser dada por más de un mes debe de tener un permiso escrito por un doctor.

Toda la medicación debe estar en el envase original con una etiqueta apropiada. La medicación de prescripción debe contener el nombre del médico, el nombre del niño, una fecha actual, la dosificación correcta y las direcciones para el uso. También, el plan de la medicación del niño debe ser tal que la medicación no se puede administrar suficientemente fuera de las horas de la escuela.

Firma del padre/del guardián

Fecha