



STUDENT HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

Tri-Tech
prog _____
Instructor _____
AM/PM (please circle
one)

Name of Student: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____ Sex: Male Female

VISION AND HEARING

No Yes **Glasses/Contacts** Date of last eye exam: _____
 No Yes **Hearing aids** Date of last hearing exam: _____

MEDICATION

No Yes Medication needed at home (list): _____
 No Yes ***Medication needed at school (list):** _____

***Daily Medications Needed at School – Medication at School form required**
State law requires written permission from a Health Care Provider and parent before any medication can be given at school. (prescription/over-the-counter). A form is available from the school office.

LIFE THREATENING CONDITIONS -WILL require Health Care Provider order & Individual Health Plan (IHP)

Life Threatening Medical Conditions
Washington State law mandates that students with life-threatening health conditions, where the condition would "...put the child in danger of death during the school day", have 1) medication/treatment orders written by a health care provider that is reviewed by the nurse and signed by the parent 2) an Individual Health Plan (IHP)/nursing plan 3) staff trained in place at school before your child can attend school. Forms are available from the school office.

(*note a SEVERE allergy is one that has been diagnosed by a Health Care Provider and medication has been ordered)

No Yes ***Severe Allergic reaction to Nuts/other foods(list):** _____ EpiPen ordered: yes no
 No Yes ***Severe Allergic reaction to Bee Stings** EpiPen ordered: yes no
 No Yes ***Other Severe Allergies-affecting school. Specify:** _____ EpiPen ordered: yes no
 No Yes **Severe Asthma: regularly takes medication for asthma, or has been hospitalized within last 5 years for asthmatic condition**
 No Yes **Diabetes** Type 1 Type 2
 No Yes **Other:** _____

POTENTIALLY LIFE THREATENING CONDITIONS *The school nurse may contact the parent/guardian for further information. Healthcare provider orders, IHP and/or nursing care plan may be needed.*

No Yes **Asthma: takes medication only when needed**
 No Yes **Food aversions/sensitivities** _____
 No Yes **Seizure Disorder** Type of Seizures and date of last Seizure _____
 No Yes **Heart Condition:** _____
 No Yes **Behavioral/Emotional Concerns:** _____
 No Yes **Orthopedic Condition:** _____
 No Yes **Other Health Concerns:** _____

Does your child have any other condition that would affect his/her classroom performance or P.E. activities?
 No Yes If yes, explain: _____

This information is considered confidential. It will be shared with school staff as needed, including the school health alert, during the time your child is enrolled in Kennewick School District in order to ensure the health and safety of your child, unless otherwise requested by you in writing.

Parent/guardian signature _____ Date _____



HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE
DEBE SER LLENADO POR LOS PADRES/GUARDIÁN

Tri-Tech program
Instructor
AM/PM (please circle one)

Nombre del estudiante: FDN: Grado: Hombre Mujer

VISION Y AUDICION

No Si Lentes/Lentes de contacto fecha del último examen:
No Si Aparatos de Audición fecha del último examen:

MEDICAMENTO

No Si Medicamento necesario el hogar (especifique):
No Si *Medicamento necesario en la escuela (especifique):

*Medicamento diario en la escuela - Se requiere la forma de medicamento en la escuela
La ley del Estado requiere que la escuela reciba el permiso por escrito del doctor antes de que se le pueda administrar cualquier tipo de medicamento (con / sin receta) al estudiante en la escuela. La forma está disponible en la oficina de la escuela.

LAS CONDICIONES QUE PONENE EN PELIGRO LA VIDA - Requieren ordenes de parte de un médico y un plan de salud individualizado (IHP)

Condiciones médicas que ponen en peligro la vida. La ley del Estado de Washington obliga que los estudiantes con condiciones médicas que ponen en peligro la vida, cuya condición podría "...poner al niño en peligro de muerte durante el día escolar", deben tener: 1) ordenes escritas por un doctor, que hayan sido revisadas por la enfermera de la escuela y firmadas por los padres, acerca de los medicamentos y tratamientos. 2) un plan de salud individualizado (IHP) / plan de la enfermera. 3) el personal escolar debe ser entrenado antes que su estudiante asista a la escuela. Las formas están disponibles en la oficina principal de la escuela.

(* Una alergia severa significa que ha sido diagnosticado por un médico y el medicamento ha sido ordenado)

No Si * Reacción alérgica severa a cualquier clase de nuez / alimento: EpiPen ordenado: si no
No Si * Reacción alérgica severa a la picadura de abejas: EpiPen ordenado: si no
No Si * Otras alergias severas que afecten la asistencia a clases. Especifique: EpiPen ordenado: si no
No Si Asma severa: Toma medicamento regularmente, ha sido hospitalizado en los últimos 5 años por una condicione asmática
No Si Diabetes Tipo 1 Tipo 2
No Si Otros:

CONDICIONES POTENCIALES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA - La enfermera de la escuela podrá contactar a los padres/ guardián para más información. Se podría necesitar órdenes del médico, IHP y/o un plan de parte de la enfermera.

No Si Asma: Toma medicamento solo cuando es necesario
No Si Convulsiones: Tipo de convulsión y fecha de la última convulsión:
No Si Problemas con el corazón:
No Si Problemas de Comportamiento/Emocionales:
No Si Problemas ortopédicos:
No Si Otros problemas de salud:

¿Hay alguna otra condición que afectaría el desempeño de su estudiante en el salón de clases o en educación física?
No Si Explique si marco que sí:

Esta información se considera confidencial. Será compartida con el personal de la escuela, según sea necesario durante el tiempo que su hijo esté inscrito en el Distrito Escolar de Kennewick, para asegurar la seguridad y la salud de su hijo, a menos que usted solicite por escrito lo contrario.

Firma de los padres/guardián Fecha:
KSD:Health History:2/09