

SEGUIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES

School Year: _____ / _____ **STUDENT HEALTH HISTORY** ID #: _____

Student: _____ DOB: _____ Grade: _____ Sex: M / F
Address: _____ City: _____ Zip: _____
Mother: _____ Cell: _____ Work: _____
Father: _____ Cell: _____ Work: _____

Emergency contacts who can assume responsibility for your child. **MUST COMPLETE THIS INFORMATION WITH TWO CONTACTS.** (Please make sure these are **additional** phone numbers to the ones listed above)
Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

How is health care provided for this student? Private Insurance _____ Medicaid _____ SSI _____ CHIPS _____ Other _____
Please give the name of your child's health provider(s) / Doctor(s)? _____
Phone number(s) for Doctor(s): _____

CIRCLE BELOW AND COMMENT ON PAST OR CURRENT HEALTH PROBLEM(S) **NO** Health Problems: _____ (PLEASE INITIAL)

Allergies (*please include all medication and food allergies*) _____
ADD/ADHD: _____ Kidney / Bladder: _____
Asthma: _____ Orthopedic: _____
Blood Pressure: _____ Respiratory: _____
Dental: _____ Serious illness/injury: _____
Diabetes: _____ Special Diet: _____
Head Injury: _____ Surgeries: _____
Hearing / Hearing Aid: _____ Vision: _____ glasses _____ contacts _____ reading only
Heart / Murmurs: _____ Other: _____
Seizures / date of last seizure: _____

•PLEASE LIST ALL MEDICATIONS: Daily meds: _____
•Meds to be taken at school (**meds provided by parent**): _____

Has your child been hospitalized for a major illness? If yes, please explain: _____

Is your child currently under medical care? Yes _____ No _____ If yes, please explain: _____

Is there anything we need to know about your child's health? Yes _____ No _____ If yes, please explain: _____

I authorize officials of Seguin ISD to contact persons named on this form or on the enrollment card and authorize the physician or emergency room personnel to render treatment of this child as may be necessary in an emergency. If I or the designated persons I have listed are not available, I authorize the officials of Seguin ISD to take whatever action is deemed necessary in their judgment for the health of my child.

I understand that we as parents or guardians are responsible for providing transportation in case of our child's illness or accident, including costs of an EMS ambulance if necessary. I am aware that school officials may have to arrange transportation for our child in a serious situation.

I authorize for the physician/health care provider(s) named on this card to be contacted for the pertinent health information to be received and given on my child.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE SEGUIN
Servicios de Salud

Año Escolar: _____ / _____	HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE	ID #: _____
----------------------------	---	-------------

Estudiante: _____ F. de Nac.: _____ Grado: _____ Sex M / F
Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____
Madre: _____ TELEFONO# Cell: _____ Empleo: _____
Padre: _____ TELEFONO# Cell: _____ Empleo: _____

Persona responsable del niño en caso de emergencia. **COMPLETA ESTA INFORMACION CON DOS CONTACTOS.**
(Por favor asegurese de que estos numeros de telefonos sean agregados a la lista ya establecida.)

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Como se le provee servicio médico a este estudiante? Seguro Particular___ Medicaid___ SSI___ CHIPS___ Otro ___
Por favor de el nombre del proveedor de salud para su niño / Doctor(es)? _____
Telefono(s) de el / los doctor(es): _____

CIRCULE Y ANOTE SOBRE PROBLEMAS DE SALUD PASADOS O ACTUALES **NO** Tiene Problemas de salud: _____ (INITIAL)

Alergias (por favor incluya todos los medicamentos y comidas que causan alergias) _____

ADD/ADHD: _____	Ortopédicos: _____
Asma: _____	Respiratorios: _____
Dental: _____	Enfermedad seria/lesión: _____
Diabetes: _____	Dieta especial: _____
Lesión en la cabeza: _____	Operaciones: _____
Oído (problemas para oír): _____	Presion de la Sangre: _____
Carazón / Soplo Cardíaco: _____	Riñones / vejiga: _____
Otro: _____	La vista: ___lentes ___contactos ___solamente para leer

Ataque (epilepsia) fecha: _____

•**POR FAVOR ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS:** Medicamento diario: _____
•Medicamento que se consume en la escuela: _____

Ha sido su hijo/a hospitalizado por alguna enfermedad grave? _____

Está actualmente se hijo/a saber con respecto a la salud de su hijo/a? Si___ No___ Si la respuesta es si, por favor explique: _____

Hay algo que necesitemos saber con respecto a la salud de su hijo/a? Si___ No___ Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Si desea programar una cita con la enfermera, por favor comuníquese con: _____

Yo doy autorizacion a los oficiales del Distrito Escolar (SISD) que contacten a las personas nombradas en esta forma o en la tarjeta de matriculacion autorizo al medico nombrado o al personal de cuarto de emergencia del hospital para rendir tratamiento a este niño/a asi como sea necesario en una emergencia. En caso que los padres, guardianes, u otras personas nombrados en esta forma o tarjeta de matriculacion no puedan ser contactados, y doy permiso a los oficiales de Distrito Escolar de Seguin de tomar cualquier accion que sea apropiado para conseguir cuidado de emergencia para mi hijo/a.

Yo entiendo que nosotros como padres o guardianes somos responsables para proveer transportacion en caso de enfermedad o algun accidente de nuestro hijo/a, incluyendo los gastos de una ambulancia de EMS si es necesario, y que los oficiales de la escuela haran arreglos de transportacion para su niño/a.

Yo doy autorizacion de ponerse en contacto directamente con el medico o oficial de santidad nombrados en esta forma, para recibir informacion pertinente a la salud de mi hijo/a.

Firma del padre o guardian: _____ Fecha: _____