

# Clark County School District Student Health Information for School Year \_\_\_\_\_

CCF-768  
Rev. 4/18

**Parent/Guardian to complete:**

**Student Last Name:** \_\_\_\_\_ **First Name:** \_\_\_\_\_ **ID #:** \_\_\_\_\_  
**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  Male  Female **Grade:** \_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian (Print Name):** \_\_\_\_\_ **Parent/Guardian Signature (required):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Students may have vision, hearing or spinal (alignment of back) screening performed, based on state mandates (NRS 392.420). Please notify your school nurse in writing if you do not want your child to participate in any of these screenings. This screening exemption will remain active unless revoked in writing.

Health information will be provided to appropriate school staff members as necessary to facilitate a safe, supportive environment. Please notify the health office of any changes in your child's health.

**My child has a medical, mental health, or behavioral condition that may affect his/her school day:**  **NO (Z)**  **YES**

My child has been **diagnosed by a licensed health care provider** with the following health condition(s): (Codes in parenthesis are for clerical purposes only.)

- ADHD (J)  ADD (J)
- Allergy to Medication \_\_\_\_\_
- Asthma (A) Last episode/attack: \_\_\_\_\_
- Autism (N)
- Blood Disorder (B) \_\_\_\_\_
- Cancer (K) \_\_\_\_\_
- Chemical Sensitivities (Q) \_\_\_\_\_
- Diabetes (D)  Insulin Dependent  Non-Insulin Dependent
- Digestive/Urinary (UU) \_\_\_\_\_
- Endocrine (U)  Thyroid Disorder (U)  Adrenal Insufficiency (U)
- Food Allergy (C) \_\_\_\_\_ Type of Reaction: \_\_\_\_\_
- Genetic Disorder (F) \_\_\_\_\_
- Glasses/Contacts (G)  Blind/Visual Impairment (V) \_\_\_\_\_
- Hearing Loss (R)  Right  Left Hearing Aid (H)  Right  Left
- Heart Condition (T) \_\_\_\_\_
- Life-Threatening Allergy\* (P) \_\_\_\_\_
- Mental Health Disorder (Y) \_\_\_\_\_
- Neurological (N)  Cerebral Palsy  Muscular Dystrophy  Shunt  Spina Bifida
- Seizures (E) Type: \_\_\_\_\_ Last seizure: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

My child requires one or more of the following medical devices or procedures while at school. **Current Licensed Health Care Provider orders are required:**

- Catheterization (UU)
- Diabetic Care Blood Sugar/Ketone Testing (D)
- Emergency Medications (PP) \_\_\_\_\_
- Epinephrine Auto-Injector (PP)
- Gastrostomy Button/Tube (GT)
- Heart Defibrillator or Pacemaker (TT)
- Inhaler (PP)
- Insulin Pen/Pump/Syringe (D)
- Nebulizer (A)
- Tracheostomy (AA)
- Vagus Nerve Stimulator (E)
- Other: \_\_\_\_\_

\* If your child requires a special diet order due to severe or life-threatening food allergy, contact the Health Office or Food Service Department for the appropriate form(s). Medical documentation from a Licensed Health Care Provider is required yearly.

List all medication names, INCLUDING those given at home: \_\_\_\_\_

Is your child **MEDICALLY** restricted from participating in PE/Recess?  No  Yes If yes, provide completed **medical** documentation yearly.

# Información de la Salud del Estudiante del Distrito Escolar del Condado de Clark - el Año Escolar \_\_\_\_\_

## A completar por los Padres/Tutores:

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ N° de Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Niño  Niña Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Tutor en letra de Molde: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor (Obligatoria): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teniendo en cuenta las disposiciones del estado (NRS 392.420), los estudiantes pueden tener exámenes de visión, audición o vertebral (alineación de la columna). Por favor notifique por escrito a la enfermera de su escuela si no quiere que su hijo participe en ninguno de estos exámenes. La Exención para estos exámenes permanecerá activa a no ser que se renuncie a ella por escrito.

Se proporcionará Información de salud a los miembros del personal escolar apropiado cuando sea necesario para propiciar un entorno seguro y de apoyo. Por favor notifique en la oficina de salud cualquier cambio en la salud de su hijo.

**Mi hijo(a) tiene una condición médica, de salud mental o de conducta que podría afectar su día escolar:**  NO (Z)  SÍ

Mi hijo ha sido **diagnosticado por un proveedor de cuidados de salud Certificado** con la siguiente condición(es) de salud: (Los códigos en paréntesis son para propósitos de oficina solamente.)

- ADHD (J)  ADD (J)
- Alergia al Medicamento \_\_\_\_\_
- Asma (A) Último episodio/ataque: \_\_\_\_\_
- Autismo (N)
- Trastorno Sanguíneo (B) \_\_\_\_\_
- Cáncer (K) \_\_\_\_\_
- Sensibilidad Química (Q) \_\_\_\_\_
- Diabetes (D)  Dependencia a la Insulina  No dependencia a la insulina
- Digestivo/Urinario (UU) \_\_\_\_\_
- Endocrino (U)  Trastorno de la Glándula Tiroides (U)  Insuficiencia Suprarrenal (U)
- Alergia a la Comida\* (C) \_\_\_\_\_ Tipo de Reacción: \_\_\_\_\_
- Trastorno Genético (F) \_\_\_\_\_
- Gafas/Contactos (G)  Ciego/Trastorno Visual (V) \_\_\_\_\_
- Perdida de la Audición (R)  Derecho  Izquierdo  
Aparato Auditivo (H)  Derecho  Izquierdo
- Afección Cardíaco (T) \_\_\_\_\_
- Trastorno de Salud Mental (Y) \_\_\_\_\_
- Neurológico (N)  Parálisis Cerebral  Distrofia Muscular  Desviación  Espina Bífida
- Ataques Epilépticos (E) Tipo: \_\_\_\_\_ Última Ataque: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

Mi hijo requiere uno o más de los siguientes dispositivos médicos o procedimientos mientras se encuentra en la escuela. Son necesarias las **órdenes actuales del proveedor de Cuidados de Salud Certificado**:

- Cateterismo (UU)
- Cuidado del Azúcar de la Sangre / Prueba de Cetonas (D)
- Medicamentos de Emergencia (PP) \_\_\_\_\_
- Auto-Inyector de Epinefrina\* (PP)
- Botón/Tubo Gastronómico (GT)
- Desfibrilador Cardíaco o Marcapasos (TT)
- Inhalador (PP)
- Pluma/Bomba/Jeringa de Insulina (D)
- Nebulizador (A)
- Traqueotomía (AA)
- Estimulador del Nervio vago (E)
- Otro: \_\_\_\_\_

\* Si su hijo necesita que se ordene una dieta especial debido a una alergia a la comida que pone en riesgo su vida, comuníquese con el Departamento de Servicios de Alimentos o la oficina de Salud para el formulario/s adecuado/s. Se requiere anualmente la documentación médica de un Proveedor de Salud Certificado.

Enumere todos los nombres de los medicamentos, INCLUYENDO los que se administran en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Esta su hijo **MÉDICAMENTE** restringido de participar en PE/Recreo?  No  Sí. Si contesto sí, proporcione anualmente la documentación **médica** completa.