

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Health Services
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504

CONFIDENTIAL HEALTH HISTORY FORM

School _____

Student Name _____ Male Female Birthdate _____ Age _____ Grade _____

My child **does not** have any health issues at this time.

If your child has health issues please answer the following questions:

Does your child take medication on a routine basis? Yes No During school hours? Yes No If yes,

Name of medication _____ Name of medication _____

Name of medication _____ Name of medication _____

If your child must take prescriptions or over the counter medications during the school day, complete the Medication Administration parent/physician authorization form and return to the school office, (One form for each medication).

Check the box and explain if your child has a history of or now has the following conditions or concerns.

Asthma Mild Moderate Severe
 Inhaler at home Inhaler at school office
 Seizures As an infant only
 Currently takes medication

Allergies Mild Moderate Severe
 Bees/insects
 Foods _____
 Seasonal Hay fever
 Allergic to Medication _____
 Other _____
 EpiPen at home EpiPen at school

Physical Limitations _____
 Special Equipment needed at home
 Special Equipment needed at school

Heart Murmur/Disease _____

Other Conditions _____

Diabetes Type I Type II
• Has your child been hospitalized for diabetes? Yes No
If yes, give date and explain hospital course: _____
• Can your child monitor his/her blood glucose level independently? Yes No
• Can your child tell if he/she is having symptoms of high or low blood glucose levels? Yes No
If yes, what are his/her symptoms? _____
• Has Glucagon ever been given to your child? Yes No Last given: _____

Is your child **currently** under a doctor's care for any of the above? Yes No
If yes: Doctor's name _____ Phone _____ Fax _____
Address _____

I hereby give permission to share information pertaining to the health of my child with school staff who need to know.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

For Office Use Only:

- Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- Diabetic Supplies
- Snacks
- Signed *Diabetic Treatment Plan for School* indicating parent review

Original to Cum Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) Health Assistant Teacher

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma Leve Moderada Severa
 Inhalador en casa Inhalador en la escuela

Convulsiones Solo de bebé
 Actualmente toma medicamento

Alergias Leves Moderadas Severas
 Abejas/insectos
 Comidas _____
 Fiebre del heno de temporada
 Alérgico al medicamento _____
 Otro _____
 EpiPen en casa EpiPen en la escuela

Soplo /enfermedad del corazón _____

Limitaciones físicas _____
 Equipo especializado necesario en casa
 Equipo especializado necesario en la escuela

Otras condiciones _____

Diabetes Tipo I Tipo II

- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No
Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No
Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No
Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____
Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ **Fecha** _____

For Office Use Only:

- Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- Diabetic Supplies
- Snacks
- Signed *Diabetic Treatment Plan for School* indicating parent review

Original to Cum Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) Health Assistant Teacher