



# Windham Public School

Grade/Grado: _____
Teacher/Maestro: _____

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Parent / Guardian 1: \_\_\_\_\_

Name Work Phone Cell Phone

Parent / Guardian 2: \_\_\_\_\_

Name Work Phone Cell Phone

With whom does your child live? \_\_\_\_\_

In case of emergency and parents cannot be reached, please list the names and telephone numbers of two responsible persons to call:

Name Relationship Phone Number

Name Relationship Phone Number

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Doctor's Phone Number: \_\_\_\_\_

Name of Child's Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ ID Number: \_\_\_\_\_

Please circle Y if "Yes" or N if "No".

Any health concerns	Y	N	Diabetes	Y	N	Heart Problems	Y	N
Allergies to food or bee stings	Y	N	Seizure Treatment (past 2 years)	Y	N	High blood pressure	Y	N
Any other allergies	Y	N	Concussion	Y	N	Any Smoking	Y	N
Any daily medications	Y	N	Fainting or blacking out	Y	N	Any problems with speech	Y	N
Any rescue medications (Inhaler, Diastat, Epipen, & Glucagon)	Y	N	Able to fully participate in Physical Education/Recess	Y	N	Any problems with hearing	Y	N
						Any problems with vision	Y	N
Asthma Symptoms (past 3 years)	Y	N	Any problems with bladder or bowel	Y	N	Uses contacts or glasses, hearing aid, orthopedic brace or other prosthetic device	Y	N
			Bleeding more than expected	Y	N			
ADHD/ADD	Y	N	Concerns with weight or body image	Y	N	Has seen a Dentist in the past year	Y	N
"Mono" in the last year	Y	N	Hospitalizations or Emergency Room visit	Y	N	Dental braces, caps or bridges	Y	N

Please explain all "Yes" answers here. For illnesses and injuries include the year and/or your child's age at the time.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is there anything you want to discuss with the school nurse? **Yes** **No** If yes, explain:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please list any **medications** your child will need to take **in** school (Medication Authorization Form Required):

\_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Windham Public School

Grade/Grado: _____
Teacher/Maestro: _____

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Padre / Guardián 1: \_\_\_\_\_

Nombre	Teléfono de trabajo	Celular
--------	---------------------	---------

Padre / Guardián 2: \_\_\_\_\_

Nombre	Teléfono de trabajo	Celular
--------	---------------------	---------

¿Con quién vive su niño/a? \_\_\_\_\_

Escriba los nombres y números de teléfonos de dos personas responsables en caso de una emergencia y no poder comunicarnos con los padres:

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico de su niño/a: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Por favor marque el S para "Sí" o N para "No".

Cualquier preocupación de salud	S	N	Diabetes	S	N	Problemas de corazón	S	N
Alergias a alimentos o picaduras de abejas.	S	N	Tratamiento de convulsiones (últimos 2 años)	S	N	Presión alta	S	N
Cualquier otra alergia	S	N	la conmoción cerebral	S	N	Fumar	S	N
Cualquier medicación diaria	S	N	Desmayos	S	N	Cualquier problema con el habla	S	N
Cualquier medicación de rescate (inhalador, Diastat, Epipen, Glucagon)	S	N	Capaz de participar completamente en Educación Física/Recreo	S	N	Cualquier problema con la audición	S	N
			Cualquier problema con la vejiga o el intestino	S	N	Cualquier problema con la visión	S	N
Síntomas del asma (últimos 3 años)	S	N	Sangrado más de lo esperado	S	N	Utiliza lentes de contacto, lentes, audífonos, aparatos ortopédicos u otro dispositivo protésico	S	N
ADHD/ADD	S	N	Preocupaciones por el peso o a su imagen/cuerpo	S	N	Ha visitado a un dentista en el último año	S	N
Mononucleosis en el último año	S	N	Hospitalizaciones o visita a la sala de emergencias	S	N	Frenos dentales, empastaduras o puentes	S	N

Por favor, explique todas las respuestas "Sí" aquí. Para enfermedades y heridas, incluya el año y/o la edad de su hijo/a en el tiempo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay algo que quieras discutir con la enfermera de la escuela? **Si** **No** En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, enumere los **medicamentos** que su hijo tendrá que tomar **en** la escuela (Forma de Autorización de Medicamentos Requerida):

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_