

## RMMS ~ Health Information Update

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Student Name (Last, First, Middle)</b>  | <b>Birth Date</b>        |
| <b>Primary Care Provider</b><br><b>Can the nurse contact this MD if necessary? Y N</b>                 | <b>Classroom Teacher</b> |
| <b>Does your child have health insurance? Y N</b><br><b>Does your child have dental insurance? Y N</b> | <b>School Grade</b>      |

**Please circle Y if “yes” or N if “no.” Explain all “yes” answers in the space provided below.**

|                          |   |   |  |   |   |                                |   |   |
|--------------------------|---|---|--|---|---|--------------------------------|---|---|
| Any health concerns      | Y | N | Hospitalizations or Emergency Room visit | Y | N | Chest pain                     | Y | N |
| Allergies to food        | Y | N | Any broken bones or dislocations         | Y | N | Heart problems                 | Y | N |
| Allergies to medication  | Y | N | Any muscle or joint injuries             | Y | N | High blood pressure            | Y | N |
| Allergies to bee sting   | Y | N | Any neck or back injuries                | Y | N | Bleeding more than expected    | Y | N |
| Any other allergies      | Y | N | Dental braces, caps, or bridges          | Y | N | Problems breathing or coughing | Y | N |
| Any problems with vision | Y | N | “Mono” (pass 1 year)                     | Y | N | Asthma treatment               | Y | N |
| Uses contacts or glasses | Y | N | Has only 1 kidney or testicle            | Y | N | Seizure treatment              | Y | N |
| Any problems hearing     | Y | N | Excessive weight gain/loss               | Y | N | Diabetes                       | Y | N |
| Any problems with speech | Y | N | Concussion                               | Y | N | ADHD/ADD                       | Y | N |
| Problems running         | Y | N | Fainting or blacking out                 | Y | N | Any daily medications          | Y | N |

**Please explain all “yes” answers here:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Is there anything you want to discuss with the school nurse? Y N If yes, explain:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Please list any medications your child will need to take in school:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Escuela Multicultural ~ Actualización de la Información de Salud

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)</b>  | <b>Fecha de Nacimiento</b> |
| <b>Proveedor de salud primario</b><br><b>¿Puede la Enfermera de la Escuela contactar este proveedor de salud? S N</b> | <b>Maestra</b>             |
| <b>¿Tiene su hijo seguro de salud? S N</b><br><b>¿Tiene su hijo seguro dental? S N</b>                                | <b>Grado</b>               |

**Por favor circule la S si su respuesta es “sí” o N si su respuesta es “no.” Explique aquellas respuestas que circuló positivas.**

|                                 |   |   |  |   |   |                                |   |   |
|---------------------------------|---|---|--|---|---|--------------------------------|---|---|
| Preocupaciones sobre la salud   | S | N | Hospitalización o visita a la sala de Emergencia | S | N | Dolor de pecho                 | S | N |
| Alergias a alimentos            | S | N | Quebraduras o dislocaciones                      | S | N | Problemas del corazón          | S | N |
| Alergias a medicamentos         | S | N | Lesión de músculo o articulación                 | S | N | Presión arterial alta          | S | N |
| Alergias a picaduras de abejas  | S | N | Lesión de cuello o espalda                       | S | N | Sangrados excesivos            | S | N |
| Otras alergias                  | S | N | Frenillos, puentes dentales                      | S | N | Problemas de respiración o tos | S | N |
| Algún problema de visión        | S | N | Ha tenido Mononucleosis en el pasado año)        | S | N | Tratamiento de asma            | S | N |
| Usa lentes de contacto/anteojos | S | N | Tiene solo 1 riñón o testículo                   | S | N | Tratamiento de epilepsia       | S | N |
| Algún problema de audición      | S | N | Perdida/adquisición de peso excesivo             | S | N | Diabetes                       | S | N |
| Algún problema de lenguaje      | S | N | Conmoción cerebral                               | S | N | ADHD/ADD                       | S | N |
| Problemas corriendo             | S | N | desvanecimiento pérdida del conocimiento         | S | N | Medicamentos diarios           | S | N |

**Por favor explique aquellas preguntas con respuestas positivas:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿Hay alguna cosa que desea consultar con la enfermera? S N. Si su respuesta es sí, explique:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Por favor haga una lista de los medicamentos administrados en la escuela:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_