

Clark County School District Student Health Information for School Year _____

CCF-768
Rev. 1/16

Parent/Guardian to complete:

Student Last Name: _____ **First Name:** _____ **ID #:** _____
Date of Birth: _____ Male Female **Grade:** _____ **Track:** _____
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)
- Autism (N)
- Blood Disorder (B)
- Chemical Sensitivities (Q) _____
- Diabetes (D) Insulin Dependent Non-Insulin Dependent
- Digestive/Urinary (UU) _____
- Endocrine (U) Thyroid Disorder (U) Adrenal Insufficiency (U)
- Food Allergy (C) _____ Symptoms _____
- 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 (D) Blood Sugar/Ketone Testing
- 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: _____

List all medications 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 Salud del Estudiante del Distrito Escolar del Condado de Clark para el Año Escolar _____

Los padres/Tutores deben llenar este formulario:

Apellido del Estudiante: _____ Nombre: _____ # del ID: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Niño Niña Grado: _____ Ciclo: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor - Letra de Molde: _____ Firma del Padre/Madre/Tutor (necesaria): _____ Fecha: _____

Basándose en la ordenanza estatal (NRS 392.420), podría ser que al estudiante se le hagan exámenes de la vista, audición y columna (alineación de la espalda). Por favor notifique a su enfermera escolar por escrito si no desea que su hijo(a) participe en cualquiera de estos exámenes. La exención para estos exámenes permanece activa a menos que se revoque por escrito.

Se dará la información de salud a los miembros del personal escolar apropiado, según sea necesario, para hacer posible que el ambiente sea seguro y brinde apoyo. Por favor notifique a la oficina de salud acerca de cualquier cambio en la salud de su hijo(a).

Mi hijo(a) tiene un padecimiento médico, mental o de conducta que podría afectar su día escolar: NO (Z) SÍ

Mi hijo(a) ha sido diagnosticado(a) **por un proveedor de cuidados de salud acreditado** con el/los siguiente(s) padecimiento(s): (Códigos en paréntesis solamente para propósitos administrativos.)

- ADHD (J) ADD (J)
- Alergia a Medicamentos _____
- Asma (A) _____
- Autismo (N) _____
- Trastorno Sanguíneo (B) _____
- Intolerancia a Químicos (Q) _____
- Diabetes (D) Depende de la Insulina No depende de la insulina
- Digestivo/Urinaría (UU) _____
- Endocrino (U) Trastorno de la Tiroides (U) Insuficiencia Suprarrenal (U)
- Alergias a alimentos (C) _____
- Trastorno Genético (F) _____
- Anteojos/ Lentes de contacto (G) Ciego/Trastorno Visual (V) _____
- Pérdida de la Audición (R) Derecho Izquierdo
Audifono (H) Derecho Izquierdo
- Padecimiento Cardíaco (T) _____
- Alergia que Pone en Riesgo la Vida (P) _____
- Trastorno de Salud Mental (Y) _____
- Neurológico (N) Parálisis Cerebral Distrofia Muscular Válvula Espina Bífida
- Convulsiones (E) Tipo: _____ Última convulsión: _____
- Otro: _____

Mi hijo(a) necesita uno o más de los siguientes aparatos o procedimientos médicos cuando está en la escuela. **Se necesitan las indicaciones actualizadas del proveedor de salud acreditado:**

- Cateterización (UU)
- Cuidado para Diabetes (D) Prueba de Glucemia/Cetona
- Medicamentos de Emergencia (PP) _____
- Auto-Inyector de Epinefrina (PP)
- Botón/Tubo Gastronómico (GT)
- Desfibrilador Cardíaco o Marcapasos (TT)
- Inhalador
- Pluma/Bomba/Jeringa de Insulina (D)
- Nebulizador (A)
- Traqueotomía (AA)
- Estimulador del Nervio vago (E)
- Otro: _____

Enumere todos los nombres de los medicamentos, INCLUYENDO los que toma en casa: _____

¿Tiene su niño(a) restricciones **MÉDICAS** que le impidan participar en Educación Física/Recreo? No Sí. Si marca sí, proporcione la documentación **médica** completa anualmente.