



Carson City School District
 1402 West King Street, Carson City NV 89703
 (775) 283-2000 - Fax: (775) 283-2090

Annual Student Health Update

Student Name: _____ Date: _____

Parents/guardians are responsible to notify the school if there is a new or existing health condition. This helps ensure your child receives safe and appropriate care at school.

YES	NO	HEALTH CONDITIONS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has your child been recently treated for an injury or illness? (describe):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies: <input type="checkbox"/> Foods (Please list): _____ <input type="checkbox"/> Bee <input type="checkbox"/> Drug Allergies (Please list): _____ Please describe reaction: _____ Does your child have an Epi-Pen prescribed for allergies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>If yes:</i> <input type="checkbox"/> School will be provided with Epi-Pen <input type="checkbox"/> Epi-Pen will be carried by student <i>All students with Life Threatening Allergies need a Food Allergy & Anaphylaxis Care Plan completed by the health care provider and parent/guardian. Please request the form from your School Nurse.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma: Check the box that best describes your child: <input type="checkbox"/> Uses inhaler 2 days or less per week <input type="checkbox"/> Uses inhaler more than 2 days per week, but not daily <input type="checkbox"/> Uses inhaler daily <input type="checkbox"/> Uses inhaler several times a day Please check one: <input type="checkbox"/> School will be provided with inhaler <input type="checkbox"/> School will be provided with nebulizer treatments <input type="checkbox"/> Student will carry an inhaler <input type="checkbox"/> No inhaler needed at school <i>All student with inhalers need a <u>Student Asthma Action Card</u> completed by the healthcare provider and parent/guardian. Please request the form from your School Nurse.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <i>All students with diabetes need a <u>Diabetes Management Plan</u> completed by the health care provider and parent. A copy needs to be given to your School Nurse.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing Impairment or Complete Loss (describe):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Condition (describe):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscle/Bone/Joint Problems (describe):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraines (diagnosed by healthcare provider):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological Disorder (describe):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychological/Emotional/Behavioral Issues (describe):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure Disorder (describe): How often do seizures occur? How long do seizures usually last? When was the last seizure?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other health problem (s) that may affect the child at school (describe):

Please notify the school of any changes in your child's health during the school year.



Carson City School District
 1402 West King Street, Carson City NV 89703
 (775) 283-2000 - Fax: (775) 283-2090

Actualización Anual de Salud Estudiantil

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Los padres / tutores son responsables de notificar a la escuela si hay una condición de salud nueva o existente. Esto ayuda a asegurar que su hijo reciba atención segura y apropiada en la escuela.

SÍ	NO	CONDICIONES DE SALUD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recientemente su hijo ha sido tratado por una lesión o enfermedad? (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de déficit de atención (ADD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficit de atención con trastorno de hiperactividad (ADHD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/> Alimentos (Por favor liste): _____ <input type="checkbox"/> Abeja <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos (Por favor liste): _____ Describa la reacción: _____ ¿Su niño tiene un Epi-Pen recetado para las alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo:</i> <input type="checkbox"/> La escuela recibirá Epi-Pen <input type="checkbox"/> Epi-Pen será llevado por estudiantes <i>Todos los estudiantes con alergias que amenazan la vida necesitan un plan de atención de alergia alimentaria y anafilaxia completado por el proveedor de atención médica y los padres / tutores. Por favor, solicite el formulario a su enfermera de la escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma: Marque la casilla que mejor describa a su hijo: <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador 2 días o menos por semana <input type="checkbox"/> Usa inhalador más de 2 días por semana, pero no diariamente <input type="checkbox"/> Usa inhalador diariamente <input type="checkbox"/> Usa inhalador varias veces al día Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> La escuela recibirá un inhalador <input type="checkbox"/> La escuela recibirá tratamientos con nebulizador <input type="checkbox"/> El estudiante llevará un inhalador <input type="checkbox"/> No se necesita inhalador en la escuela <i>Todos los estudiantes con inhaladores necesitan una Tarjeta de Acción de Asma del Estudiante completada por el proveedor de atención médica y los padres / tutores. Por favor, solicite el formulario a su enfermera de la escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <i>Todos los estudiantes con diabetes necesitan un Plan de Manejo de Diabetes por parte del proveedor de cuidados de la salud (su médico los provee) y los padres. Se debe dar una copia a su enfermera de la escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva o pérdida completa (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición del corazón (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas musculares / óseos (huesos) / articulares (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas (diagnosticadas por el proveedor de atención médica):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno neurológico (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Psicológicos / Emocionales / de Comportamiento (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo (describir): ¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? ¿Cuánto duran las convulsiones por lo general? ¿Cuándo fue la última convulsión?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas de salud que pueden afectar al niño en la escuela (describir):

Por favor notifique a la escuela de cualquier cambio en la salud de su hijo durante el año escolar.