



MINNEAPOLIS PUBLIC SCHOOLS
Health Related Services
Health Information Form
Pre K - 12

Please return this form
to the
School Health Office

Student Name: _____ Birth Date _____ Boy [] Girl []
First Middle Last
Grade/Room _____ School attended last year: _____

Dear Parent/Guardian:

A student's health may affect his or her learning. Therefore, health information is important in planning for the student's needs at school. Health information from this form may be shared with other school staff as needed. Please complete this form and return it to school as soon as possible.

Licensed School Nurse Health Services Assistant or Licensed Practical Nurse Phone
School _____ School Year: _____

HEALTH CONCERNS

Please put a checkmark if the student has any of these health concerns:

- [] No Health Concerns
[] ADHD/ADD
[] Allergies (to what?) _____
[] Asthma or other breathing problems
a. Has the student ever been diagnosed by a doctor as having asthma? [] Yes [] No
b. Has the student had episode(s) of wheezing (whistling in the chest) in the last 12 months? [] Yes [] No
c. In the last 12 months have you heard the student wheeze or cough after active playing? [] Yes [] No
d. Other breathing problem (describe) _____
[] Bladder problems/ Bowel problems (describe) _____
[] Diabetes: [] Type 1 [] Type 2 Managed by: [] Diet only [] Oral meds [] Insulin injections [] Insulin pump
[] Exposure to drugs and/or alcohol before birth _____
[] Heart Problems (describe) _____
[] Is the student pregnant? Due date _____ Does the student have children? Age of child(ren) _____
[] Seizures: Type (describe) _____ Date of last seizure: _____
[] Social/emotional/behavioral/mental health concerns (describe) _____
[] Other health concern or significant history of problems (describe) _____
[] Activity restrictions: (describe) _____

Any recent surgeries or hospitalizations? [] Yes [] No If yes, explain:

EMERGENCIES: Does the student have a health problem that could result in an emergency? [] Yes [] No
If yes, describe: _____

MEDICATIONS: List ALL medications that the student takes every day or when needed. A consent is REQUIRED for ALL medication taken at school, including over the counter medications. The consent must be signed by both HEALTH CARE PROVIDER and PARENT. A new consent is needed each school year. Forms are available in the health office.

Medication Name Purpose Dose How often taken?

Vision

- No vision problem
 - Glasses/contacts prescribed
 - Wears glasses/contacts all of the time
 - Wears glasses in classroom only
 - Glasses lost/broken
 - Has (or has had) glasses but does not wear
 - Other (describe) _____

Hearing

- No hearing problem
 - Frequent ear infections (more than 3 per year in past year)
 - Has ear tube(s) Date inserted _____
 - Hearing loss right ear left ear
 - Hearing aid(s) right ear left ear
 - Aids lost/broken
 - Has (or has had) aids but does not wear
 - Other (describe) _____

Comments: Use this space to describe problems listed.

The student attends Minneapolis Kids Program at _____ site. Before school After school

HEALTH INSURANCE:

- The student has health insurance:
 - Medical Assistance
 - Minnesota Care
 - Assured Care
 - Other (for example through work)
- The student has no health insurance

HEALTH CARE PROVIDERS:

Does the student have a doctor or clinic where they usually go for health care? Yes

No

Name of Doctor or Clinic	Location and Phone	Approximate Date of Last Exam
Primary Health Provider (regular doctor)		
Eye Specialist		
Ear Specialist		
Other Specialist (specify type):		

Hospital preference: _____

<p>This health information may be shared with MPS school staff as needed. If you do not want this health information shared, please contact the school nurse _____ at _____</p>	
School Nurse Name	Phone/Pager
Parent/Guardian signature: _____	Daytime phone _____
Print Parent/Guardian name: _____	Date: _____ (month-day-year)
Parent/Guardian e-mail contact: _____	



MINNEAPOLIS PUBLIC SCHOOLS
 Servicios Relacionados con la Salud
 Annual Health Information - Spanish
 Información Anual sobre la Salud
 Grados Pre K - 12

Favor de devolver esta
 forma a la oficina de
 salud de la escuela

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____
 Sexo: M F nombre _____ apellidos _____ (mes - día - año)
 Grado escolar / Salón _____ Escuela donde asistió el año pasado:

Estimados Padres o Tutores,
 El estado de salud de su hijo puede afectar su aprendizaje. Por lo tanto, la información sobre la salud es importante y nos ayuda a planear sus necesidades aquí en la escuela. La información contenida en esta forma pudiera ser compartida con otros miembros del personal de la escuela, como sea necesario. Hagan el favor de llenar esta forma y devolverla a la escuela de su hijo lo más pronto posible.

Enfermera Licenciada de la Escuela _____ Asistente de Servicios de Salud o Enfermera Practicante _____ Tel. _____

Escuela _____ Año Escolar: _____

PROBLEMAS DE SALUD

Favor de marcar una si su hijo tiene cualquier de los siguientes problemas de salud:

- No tiene problemas de salud*
 - Déficit de Atención, Déficit de Atención e Hiperactividad (ADD / ADHD)
 - Alergias (¿a qué?) _____
 - Asma u otros problemas de respiración
 - a. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con el asma por un médico? Sí No
 - b. ¿Ha tenido su hijo periodos de respiración silbante (le hierve el pecho) durante los últimos 12 meses? Sí No
 - c. En los últimos 12 meses ¿le ha escuchado a su hijo toser o tener respiración silbante después de jugar activamente? Sí No
 - d. ¿Tiene otro problema de salud? (favor de explicar) _____
 - Problemas de la vejiga / los intestinos (favor de explicar) _____
 - Varicela (favor de anotar en qué año tuvo esta enfermedad) _____
 - Diabetes: Typo 1 Typo 2 ¿Cómo lo cuida? Por: Plan alimenticio sólo Medicamentos orales
 Inyección de insulina Bomba de insulina
 - Problemas cardiacos (favor de explicar) _____
 Limitaciones físicas _____
 - ¿La estudiante está embarazada? - fecha de parto _____ ¿Tiene hijos la estudiante? Edades de los niños de la estudiante: _____
 - Convulsiones (favor de describir) _____ Fecha _____
 - Problemas emocionales / sociales/ de salud mental (favor de describir) _____
 - Otro problema de salud o antecedentes de problemas serios (favor de explicar) _____
- ¿Ha tenido su hijo cirujías o ha sido hospitalizado recientemente? Sí No Si la respuesta es afirmativa, favor de explicar: _____

EMERGENCIAS: ¿Tiene su hijo un problema de salud que pudiera resultar en una emergencia? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, favor de explicar: _____

MEDICAMENTOS: Favor de hacer una lista de **TODOS** los medicamentos que su hijo toma diario o cuando los necesita. Se requiere consentimiento para **TODOS** los medicamentos que se toman en la escuela, incluso los que no requieren receta de un médico. El consentimiento debe ser firmado por un Médico y la madre o el padre del estudiante. **El consentimiento debe ser renovado al principio de cada año escolar.** Las formas están disponibles en la oficina de salud.

Nombre del medicamento	Propósito	Dosis	¿Con qué frecuencia se toma?
------------------------	-----------	-------	------------------------------

Visión

- No tiene problemas de visión
 - Le recetaron lentes / lentes de contacto
 - Usa lentes / lentes de contacto todo el tiempo
 - Usa los lentes solamente en el salón de clases
 - Sus lentes se perdieron / se rompieron
 - Tiene (o ha tenido) lentes, pero no los usa
 - Otro problema (favor de explicar) _____

Audición (habilidad para oír)

- No tiene problemas de audición
 - Infecciones de oído frecuentes (más de 3 infecciones en el último año)
 - Tiene tubitos en los oídos. Fecha en que se los pusieron: _____
 - Pérdida auditiva oído derecho oído izquierdo
 - Aparatos auditivos oído derecho oído izquierdo
 - Sus aparatos auditivos se perdieron o se rompieron
 - Tiene o ha tenido aparatos auditivos pero no los usa
 - Otro problema (favor de explicar): _____

Comentarios: Utilice el espacio de abajo para describir cualquier problema que usted ha mencionado.

Mi hijo asiste al programa de Mpls Kids en la escuela de _____ Antes de clases Después de clases

Seguro Médico:

- Mi hijo tiene seguro médico:
 - Medical Assistance
 - Minnesota Care
 - Assured Care
 - Otro (por ejemplo, mediante el empleo de Ud.)
- Mi hijo no tiene seguro médico

Proveedores de Cuidado de Salud:

¿Va su familia a una clínica en particular o tiene un doctor de cabecera? Sí No

Nombre del doctor o de la clínica	Dirección y teléfono	Fecha aproximada de la última visita del niño
Proveedor de salud (médico general)		
Oculista		
Especialista en Oídos		
Otro especialista		

Hospital de preferencia: _____

Esta información de salud puede ser compartida con otros miembros del personal de las escuelas públicas de Minneapolis, cuando sea necesario. Si usted no desea que se comparta esta información, haga el favor de ponerse en contacto con la enfermera de la escuela _____ al _____

Nombre de la enfermera de la escuela _____ Tel. o pager _____

Firma de los padres / tutores: _____ Teléfono de día: _____

Nombre del padre / la madre (letra de molde): _____ Fecha: _____

(mcs - día - año)

Parent/Guardian e-mail contact: _____