

Katy Independent School District PERMANENT HEALTH RECORD INVENTORY

If your child has an acute or chronic medical condition, or any changes occur during the school year, be certain to contact your school nurse.

In an effort to provide safe, informed care for your child at school, the KISD Health Services Department requires the following information to complete your child's enrollment. Medical information you provide about your child is a confidential education record. KISD keeps all medical information about your child confidential as required by law. However, health information about your child may be communicated to KISD school personnel who have a direct "need to know" for the health and safety of your child.

Student Name _____
Last
First
Middle

Birth date _____ Gender (circle one) M F Grade _____ Home # _____

Parent Name _____ Cell # _____ Work # _____

Parent Email _____

Please mark any of the following that apply:

_____ MY CHILD HAS NO KNOWN HEALTH CONDITIONS OR ALLERGIES

_____ I certify that my child had chickenpox on or about _____ and does not need the Varicella (chickenpox) vaccine.
Month/Year

HEALTH CONDITIONS

_____ Abdominal (Irritable Bowel Syndrome, gastric reflux, constipation): _____

_____ ADD/ADHD List medication and dosage: _____

_____ Allergies Food type: _____ Medication type: _____ Insect type: _____

Does your child require an EpiPen, Epi Pen, Jr. or Twinject Auto Injector for school? Yes _____ No _____

_____ Asthma: List medication, time and dosage _____

Does your child use a nebulizer? Yes _____ No _____

_____ Blood disorders (sickle cell anemia, clotting disorders): _____

_____ Diabetes (Type 1, Type 2): _____

_____ Dietary needs/restrictions: _____

_____ Ear, nose and throat (frequent nosebleeds, ear infections, hearing loss): _____

_____ Emotional (depression, OCD): _____

_____ Heart Condition (heart defect, high blood pressure, irregular heart beats), specify: _____

_____ Nerve/Muscle/Bone Disorder: _____

_____ Neurological (seizures, migraines, cerebral palsy): _____

_____ Past surgeries/hospitalizations: _____

_____ Respiratory (cystic fibrosis): _____

_____ Visual disability (blindness, prosthesis, eye surgeries: specify which eye involved): _____

_____ Other: _____

OTHER HEALTH CONDITIONS

Please list restrictions in Physical Education or in any physical activity, wheelchair accommodations, recent major illness or injury, current medical treatment, etc. Please provide medical documentation to support restrictions. _____

SPECIALIZED PROCEDURES

Please contact the school nurse if your child requires a special procedure (e.g., catheterization, tube feeding, glucose monitoring, nebulizer, etc.) as a separate permission form is required. _____

MEDICATIONS My child takes the following prescriptions medications:

Name of Medication	Dosage	Reason	At Home	At School **

** Any medication needed at school, must be brought to the school clinic. A separate permission form is required for each medication.

(Parent/Physician Request for Administration of Medication by School Personnel)

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Health Svces. Dept.

Reviewed: 01-31-08

Catalog No. 0910

Revised: 01-31-08

Distrito Escolar Independiente de Katy (KISD)

INVENTARIO DEL REGISTRO PERMANENTE DE SALUD

Si su hijo(a) tiene una condición médica aguda o crónica, o si ocurre algún cambio durante el año escolar, asegúrese de comunicárselo a su enfermera escolar.

En el esfuerzo por proporcionar cuidado seguro y correcto para su hijo(a) en la escuela y para completar su matriculación, el Departamento de Servicios de Salud de KISD requiere la siguiente información. La información médica que usted proporcione sobre su hijo es un registro confidencial. KISD mantiene la confidencialidad de la información médica de su hijo tal como lo requiere la ley. Sin embargo, es posible que la información médica sobre su hijo se comunique al personal escolar de KISD que tenga la necesidad directa de saberla por la salud y la seguridad de su hijo.

Nombre del Alumno(a) _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Sexo (circule uno) M F Grado _____ # Casa _____

Nombre del Padre o de la Madre _____ # Celular _____ # Trabajo _____

Correo Electrónico del Padre o de la Madre _____

Haga favor de marcar todo lo que se aplique a su hijo(a):

_____ MI HIJO(A) NO TIENE NINGUNA ALERGIA NI CONDICION MEDICA CONOCIDA

_____ Certifico que mi hijo(a) sufrió varicela en _____ y no necesita la vacuna contra la varicela.
Mes/Año

CONDICIONES DE SALUD

_____ Abdominal (Síndrome de Irritación Intestinal, gastritis, estreñimiento): _____

_____ ADD/ADHD (Condición de Deficiencia de Atención/Hipertensión) Indique medicamento y dosis: _____

_____ Alergias Tipo de alimento: _____ Tipo de medicamento: _____ Tipo de Insecto: _____

¿Su hijo(a) requiere un EpiPen, EpiPen, Jr. o Inyector Automático Twinject para la escuela? Sí _____ No _____

_____ Asma: Indique medicamento, frecuencia y dosis _____

¿Su hijo(a) utiliza un nebulizador? Sí _____ No _____

_____ Condiciones de la sangre (anemia de célula falsiforme, condiciones de coagulación): _____

_____ Diabetes (Tipo 1, Tipo 2): _____

_____ Necesidades/restricciones de dieta: _____

_____ Oído, nariz y garganta (sangrado frecuente de la nariz, infecciones del oído, pérdida del oído): _____

_____ Condiciones emocionales (depresión, condición obsesiva-compulsiva): _____

_____ Condición cardíaca (defecto en el corazón, alta presión, latidos irregulares), especifique: _____

_____ Condiciones de los Nervios/Músculos/Huesos: _____

_____ Condiciones neurológicas (ataques, migrañas, parálisis cerebral): _____

_____ Cirugías anteriores/hospitalizaciones: _____

_____ Condiciones respiratorias (fibrosis cística): _____

_____ Incapacidad de la vista (ceguera, prótesis, cirugías oculares: especifique cuál ojo): _____

_____ Otras condiciones: _____

OTRAS CONDICIONES DE SALUD

Haga favor de enlistar las restricciones en Educación Física o cualquier actividad física, necesidades por silla de rueda, enfermedad o lesión seria reciente, tratamiento médico actual, etc. Haga favor de proporcionar la documentación médica para apoyar las restricciones. _____

PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS

Haga favor de comunicarse con la enfermera de la escuela si su hijo(a) requiere un procedimiento especial (v.gr. cateterización, alimentación por tubo, verificación de glucosa, nebulización, etc.) ya que se requiere una forma de permiso por separado. _____

MEDICAMENTOS Mi hijo(a) toma los siguientes medicamentos recetados:

Nombre del Medicamento	Dosis	Razón	En Casa	En la Escuela

** Cualquier medicamento que se necesite en la escuela debe llevarse a la clínica de la escuela. Se requiere una forma de permiso por separado para cada medicamento.

(Solicitud del Padre/Médico para que el Personal Escolar Administre un Medicamento)

Firma del Padre, Madre/Tutor Legal _____ Fecha _____