

**ONTARIO-MONTCLAIR SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES
HEALTH INVENTORY**

DATE _____

_____ M F _____
 Last First Gender Date of Birth Place of Birth

_____ _____
 Address City, State Phone

_____ _____
 Last School Attended City, State Previous Ontario-Montclair District School Attended

Name of family physician or health plan _____ Birth weight _____

Child lives with Father Mother Stepmother Stepfather Foster Parent Grandparent

Father's Name _____ Mother's Name _____

ILLNESS

- | | Yes | No |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Chickenpox | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • German Measles (3 days) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Red Measles (10 days) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Earache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MEDICAL/HEALTH PROBLEMS

(If yes, please explain below)

- | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Vision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wears glasses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hearing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Uses hearing aids | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Heart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lungs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kidney/Bladder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bone/Joint | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes to any of the above, please explain _____

Other physical disability? _____

List ALL medications now being taken? _____

Other health information that may be helpful to the school nurse _____

ALLERGIC/CHRONIC DISEASES

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Allergic reaction to insect sting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEVERE _____ Mild _____ | | |
| • Any other allergies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If so, please explain _____ | | |
| List all medications for allergies _____ | | |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes to any of the above, please explain _____ | | |

LIST BELOW THE YEAR ANY OF THESE OCCURRED

- Serious injuries/illnesses/accidents? (Explain and list dates) _____
- Any surgeries? (Explain and list dates) _____
- Any hospitalizations (Explain and list dates) _____
- Tuberculosis Test _____ Positive Negative
- Date of most recent complete physical exam _____
- Does your child have any learning problems? Yes No
If yes, please explain _____

**DISTRITO ESCOLAR ONTARIO-MONTCLAIR
SERVICIOS DE SALUD
INVENTARIO DE SALUD**

FECHA _____

_____ M F _____
 Apellido Nombre Género Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

_____ _____
 Domicilio Ciudad, estado Teléfono

_____ _____
 Última escuela a la que asistió Ciudad, estado Escuela del Distrito Escolar Ontario-Montclair a la que asistió previamente

Nombre del médico familiar o plan de salud _____ Peso al nacer _____

El niño vive con: el padre la madre madrastra padrastro padre adoptivo abuelo

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

ENFERMEDAD

- | | Sí | No |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Viruela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sarampión alemán (3 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sarampión rojo (10 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolor de oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CRÓNICAS ENFERMEDADES/ALÉRGICAS

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Reacción alérgica a la picadura de insectos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRAVE _____ Leve _____ | | |
| • Cualquier otra alergia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, por favor explique _____ | | |
| Enumere todas los medicamentos para la alergia _____ | | |

PROBLEMAS MÉDICOS/DE SALUD

(Si es sí, por favor explique a continuación)

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Usa anteojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Usa audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cardiacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pulmonares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Renales/vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Huesos/coyuntura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si es sí para cualquiera de las anteriores, por favor explique _____

¿Otra discapacidad física? _____

Enumere **TODOS** los medicamentos que está tomando en Este momento _____

Otra información de salud que podría ser útil para la enfermera escolar _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es sí para cualquiera de los anteriores, por favor explique _____ | | |

INDIQUE A CONTINUACIÓN EL AÑO EN QUE OCURRIÓ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES

- ¿Lesiones/enfermedades/accidentes graves? (Explique e indique fechas) _____
- ¿Alguna cirugía? (Explique e indique fechas) _____
- ¿Alguna hospitalización (Explique e indique fechas) _____
- Examen de tuberculosis _____ Positivo Negativo
- Fecha del examen físico completo más reciente _____
- ¿Tiene su hijo algún problema de aprendizaje? Sí No
Si es sí, por favor explique _____