

\*THIS INFORMATION CAN ALTERNATIVELY BE PROVIDED AT STUDENTEHR.COM\*  
 \*ESTA INFORMACIÓN PUEDE ALTERNATIVAMENTE SER PROPORCIONADO EN STUDENTEHR.COM\*  
**QUAKERTOWN COMMUNITY SCHOOL DISTRICT ANNUAL HEALTH UPDATE**  
 2023-2024 School Year

**Student Name:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_ **Homeroom Teacher (elementary):** \_\_\_\_\_

1. Within the past year, has your child experienced a serious illness or injury?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2. Within the past year, has your child required ongoing treatment or surgery?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
If you answered yes to the above questions, please explain: _____			

**SPECIAL HEALTH CARE PLANNING**  My child has NONE of these concerns/conditions listed below.

<input type="checkbox"/> <b>Diabetes-</b> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/>	<b>My student has:</b> <input type="checkbox"/> insulin pump	<input type="checkbox"/> insulin pen	<input type="checkbox"/> injected insulin
<input type="checkbox"/> <b>Seizure Disorder-</b> My student needs emergency medication for <b>Seizures</b> . Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Name of medication: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Asthma:</b>			
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Does your child use a rescue inhaler routinely for asthma symptoms?	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Does your child require an inhaler prior to P.E. class?	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Will your child be self-carrying their inhaler (secondary students only)?	
<input type="checkbox"/> <b>Allergy/Anaphylaxis</b> - *Severe, with EpiPen/Auvi Q prescription (example: food, insect stings)			
Allergen(s): _____			
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Will your child be self-carrying their Epinephrine (secondary students only)?	
<b>*If you answered yes to any of the above conditions, please provide the nurse with your child's <u>Prescription</u> and the <u>Emergency Care Plan</u> from the Physician.</b>			

**HEALTH CONDITIONS**  My child has NONE of these concerns/conditions listed below.

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Seasonal Allergies	<input type="checkbox"/> Arthritis/Rheumatic Dx	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
<input type="checkbox"/> Cardiovascular Condition	<input type="checkbox"/> Blood Disorder	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Sickle Cell	<input type="checkbox"/> Spina Bifida
<input type="checkbox"/> Tourette's Syndrome	<input type="checkbox"/> GI disorder	<input type="checkbox"/> Other (please list): _____		

**The school doctor has written standing orders for the following medications. Please circle yes to give the school nurse permission to administer the following medications as needed:**

Acetaminophen (Tylenol)	Yes	No	Anbesol topical	Yes	No
Antacid	Yes	No	Burn Cream gel/spray	Yes	No
Benadryl (Emergency only)	Yes	No	Caladryl Lotion	Yes	No
Hydrocortisone Cream	Yes	No	Ibuprofen (Motrin/Advil)	Yes	No
Moisturizing Eye Drops	Yes	No	Sting Relief Spray/Towelette	Yes	No

I do not wish for my child to have any of these medications

Is your child currently taking any medication? (Either at home or at school) If yes, please complete:  
**Name of Medication:** \_\_\_\_\_ **Dosage & Time given** \_\_\_\_\_ **Reason:** \_\_\_\_\_

**DENTAL AND HEALTH SCREENINGS:**

My child's last dental exam was on (month, day, year) _____	by (dentist's name) _____
My child's last physical exam was on (month, day, year) _____	by (doctor's name) _____

**\*IF YOUR CHILD HAS A LIFE THREATENING CONDITION OR REQUIRES A DAILY MEDICATION PLEASE REACH OUT TO YOUR CHILD'S NURSE TO DISCUSS THE PLAN OF CARE.**

**Parent Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**I give the school nurse permission to share health concerns/conditions with pertinent school staff (Initial here)** \_\_\_\_\_

\*THIS INFORMATION CAN ALTERNATIVELY BE PROVIDED AT STUDENTEHR.COM\*

\*ESTA INFORMACIÓN PUEDE ALTERNATIVAMENTE SER PROPORCIONADO EN STUDENTEHR.COM\*

**ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR COMUNITARIO DE  
QUAKERTOWN 2023-2024 Año escolar**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro de salón (primaria): \_\_\_\_\_

1. En el último año, ¿su hijo ha experimentado una enfermedad o lesión grave? Sí  No

2. En el último año, ¿su hijo ha necesitado tratamiento o cirugía en curso? Sí  No

Si respondió sí a las preguntas anteriores, explique: \_\_\_\_\_

**PLANIFICACIÓN ESPECIAL DE ATENCIÓN MÉDICA**  Mi hijo **NO** tiene NINGUNA de estas preocupaciones / condiciones que se enumeran a continuación.

**Diabetes** - Tipo 1 Tipo 2  **Mi estudiante tiene:**  bomba de insulina  pluma de insulina inyectada

**Trastorno convulsivo**- Mi estudiante necesita medicamentos de emergencia para las **convulsiones**. Sí  No

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

**Asma:**

Sí  No  ¿Su hijo usa un inhalador de rescate de forma rutinaria para los síntomas del asma?

Sí  No  ¿Necesita su hijo un inhalador antes de la clase de educación física?

Sí  No  ¿Llevará su hijo su inhalador por sí mismo (solo estudiantes de secundaria)?

**Alergia / Anafilaxia** - \* Grave, con prescripción de EpiPen / Auvi Q (ejemplo: comida, picaduras de insectos)

Alergenos: \_\_\_\_\_

Sí  No  ¿Llevará su hijo su epinefrina por sí mismo (solo estudiantes de secundaria)?

**\*Si respondió afirmativamente a cualquiera de las condiciones anteriores, proporcione a la enfermera la su hijo receta de y el plan de atención de emergencia del médico.**

**CONDICIONES DE SALUD**  Mi hijo **NO** tiene NINGUNA de estas preocupaciones / condiciones que se enumeran a continuación.

<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> Seasonal Alergias	<input type="checkbox"/> Artritis/ reumática Dx	<input type="checkbox"/> Cystic fibrosis
<input type="checkbox"/> Cardiovascular Condición	<input type="checkbox"/> Trastorno Blood	<input type="checkbox"/> parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> de células falciformes	<input type="checkbox"/> espina bífida
<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/> trastorno GI	<input type="checkbox"/> Otros (por favor lista):		

**El médico de la escuela ha escrito Órdenes permanentes para los siguientes medicamentos. Marque con un círculo sí para dar permiso a la enfermera de la escuela para administrar los siguientes medicamentos según sea necesario:**

Acetaminofén (Tylenol)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anbesol tópico	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Antiácido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Crema para quemaduras en gel / aerosol	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Benadryl (solo para emergencias)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Loción Caladryl	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Crema de hidrocortisona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ibuprofeno (Motrin / Advil)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gotas humectantes para los ojos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aerosol / toalla para aliviar las picaduras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**No deseo que mi hijo tenga ninguno de estos medicamentos**

¿Está tomando su hijo algún medicamento actualmente? (Ya sea en casa o en la escuela) En caso afirmativo, complete:

**Nombre del medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis y hora de administración** \_\_\_\_\_

**EXAMENES DENTALES Y DE SALUD:**

El último mi hijo examen dental de fue el (mes, día, año) \_\_\_\_\_ por (nombre del dentista) \_\_\_\_\_

El último mi hijo examen físico de fue el (mes, día, año) \_\_\_\_\_ por (nombre del médico) \_\_\_\_\_

**\* SI SU HIJO TIENE UNA CONDICIÓN QUE PERMITE LA VIDA O REQUIERE MEDICAMENTOS DIARIOS, COMUNÍQUESE CON LA ENFERMERA DE SU HIJO PARA HABLAR SOBRE EL PLAN DE CUIDADO.**

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Le doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir las preocupaciones / condiciones de salud con el personal escolar pertinente (escriba sus iniciales aquí) \_\_\_\_\_