

**ALMA DEL MAR CHARTER SCHOOL  
INTERVAL HEALTH HISTORY/EMERGENCY PERMIT**

STUDENT NAME \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_

Please complete the following health history and return it to the school nurse. These updates are required by the Dept. of Public Health and assist the school nurse in providing better health services to your child. Please include a copy of your child's most recent physical and immunization records if you have them. Please be as thorough as possible and be sure to include all medications that your child takes and the dose. If you have any questions please do not hesitate to contact your child's school nurse.

|  |  |
|--|--|
| Date of Last Physical:   | Doctor's Name:   |
| Date of Last Dental Exam:  | Dentist's Name:  |
| Does your child wear glasses?  | If yes, date of last exam and Eye Doctor's Name:   |
| Accidents in the past year? Explain  | Surgeries/Procedures/ Hospitalizations in the past year? Explain   |
| Medications taken at home on a regular basis including dosage and reason for medication: | Allergies:<br><br>Please circle if allergy is severe / moderate / mild<br><br>Symptoms:<br><br>Medications or treatments used to treat allergy:<br><br>Has child ever had a severe "anaphylactic " reaction requiring emergency care? List date: |

Please check all that apply to your child:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD<br><input type="checkbox"/> Asthma<br><input type="checkbox"/> Bowel Problems<br><input type="checkbox"/> Dental Problems<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Dyslexia/Learning Disorder<br><input type="checkbox"/> Ear Infections<br><input type="checkbox"/> Eating Disorder<br><input type="checkbox"/> Epilepsy/ Seizure Disorder | <input type="checkbox"/> Heart Condition<br><input type="checkbox"/> Hearing Problems<br><input type="checkbox"/> Kidney/Urinary Tract Disorder<br><input type="checkbox"/> Menstrual Problems<br><input type="checkbox"/> Migraine headaches<br><input type="checkbox"/> Muscular/Orthopedic Disorder<br><input type="checkbox"/> Respiratory Infections/Sinus Problems<br><input type="checkbox"/> Other: _____ |
|---|---|

If yes, to any of the above, please describe: \_\_\_\_\_

Please note any additional concerns that you would like to bring to the attention of the school nurse (use back if necessary):

- \_\_\_\_\_
- YES  NO In an emergency, I give the school or EMS permission to transport my child to the hospital.
- YES  NO I give the school nurse permission to administer *emergency medication* such as an EpiPen or Bendaryl in accordance with the school nurse protocol in the event of a severe allergic reaction.
- YES  NO I give the school nurse permission to administer Acetaminophen (aka Tylenol) or Ibuprofen (aka Motrin) at his/her discretion according to my child's age and weight.
- YES  NO I give permission to my child's Primary Care Physician (PCP) to share pertinent medical information with the school nurse.

|   |
|---|
| Signature of Parent Guardian _____ Date _____ |
|---|



# Emergency Information

Student Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|               |                   |       |
|---------------|-------------------|-------|
| Pediatrician: | Name of Doctor:   | _____ |
|               | Name of Practice: | _____ |
|               | Address:          | _____ |
|               | Phone Number:     | _____ |

|          |                   |       |
|----------|-------------------|-------|
| Dentist: | Name of Dentist:  | _____ |
|          | Name of Practice: | _____ |
|          | Address:          | _____ |
|          | Phone Number:     | _____ |

|            |                           |       |
|------------|---------------------------|-------|
| Insurance: | Health Insurance Company: | _____ |
|            | Name on Policy:           | _____ |
|            | Policy Number ID:         | _____ |
|            | Expiration Date:          | _____ |

Bee Stings:  My child has been stung by a bee and is NOT allergic.  
 My child has been stung by a bee and IS allergic. Reaction: \_\_\_\_\_  
 As far as I know, my child has never been stung by a bee.

Sunscreen:  Alma del Mar may provide sunscreen and apply it to my child.  
 Please do not provide sunscreen for my child.

Miscellaneous  
\_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## LA ESCUELA DE CHARTER DE ALMA DEL MAR

### HISTORIA DE SALUD INTERVALO / PERMISO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESCOLAR: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

Por favor complete la siguiente historia de la salud y devuélvalo a la enfermera de la escuela. Estas actualizaciones son requeridas por el Departamento de Salud Pública y van a ayudar a la enfermera de la escuela en la prestación de mejores servicios de salud de su hijo. Por favor, incluya una copia del más reciente registro físico y de vacunación de su hijo, si los tiene. Por favor sea lo más completa posible y asegúrese de incluir todos los medicamentos que su hijo toma y la dosis. Si usted tiene alguna pregunta por favor no dude en ponerse en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo.

|  |   |
|--|---|
| Día del Ultimo Chequeo Físico:   | Nombre del Doctor:  |
| Fecha del Ultimo Chequeo Dental:   | Nombre del Dentista:  |
| ¿Usa su hijo gafas?  | En caso afirmativo, fecha del último examen y Nombre del oculista:  |
| ¿Los accidentes en el último año?  | Explique ¿Cirugías / Procedimientos / hospitalizaciones en el último año? Explicar  |
| Los medicamentos tomados en el la casa en una base regular incluyendo dosis y la razón de la medicación: | <p>Alergias:</p> <p>Por favor circule si la alergia es grave / moderada / leve</p> <p>Síntomas:</p> <p>Los medicamentos o tratamientos que se utilizan para tratar la alergia:</p> <p>¿Alguna vez su niño ha tenido una reacción grave "anafiláctico" que requieren atención de emergencia? Fecha de lista:</p> |

Marque los que le aplican a su hijo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Problemas intestinales<br><input type="checkbox"/> Problemas Dentales<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Dislexia / Trastorno de Aprendizaje<br><input type="checkbox"/> Infecciones del Oído<br><input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación<br><input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Condición del Corazon<br><input type="checkbox"/> Problemas Auditivos<br><input type="checkbox"/> Riñón / Desorden del Tracto Urinario<br><input type="checkbox"/> Problemas menstruales<br><input type="checkbox"/> Migrañas<br><input type="checkbox"/> Trastorno Muscular / Ortopédico<br><input type="checkbox"/> Infecciones Respiratorias / sinusitis<br>Otro: _____ |
|---|---|

Sí, a cualquiera de los anteriores, por favor describa: \_\_\_\_\_

Por favor, tenga en cuenta las preocupaciones adicionales que le gustaría traer a la atención de la enfermera de la escuela (usar otra forma si es necesario): \_\_\_\_\_

- SI  NO En caso de emergencia, doy la escuela o el permiso del paramédico para transportar a mi hijo al hospital.
- SI  NO me dan el permiso enfermera de la escuela para administrar medicamentos de emergencia como un EpiPen o Bendaryl de acuerdo con el protocolo de enfermera de la escuela en caso de una reacción alérgica grave.
- SI  NO me dan el permiso enfermera de la escuela para administrar acetaminofén (también conocido como Tylenol) o ibuprofeno (también conocido como Motrin) a su / su discreción según la edad y el peso de mi hijo.
- SI  NO Doy permiso para médico de atención primaria de mi hijo (PCP) para compartir información médica pertinente con la enfermera de la escuela.

Signature of Parent Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Información de Emergencia

Nombre del Escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

Pediatra:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre de Practica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Dentista:

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

Nombre de Practica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero Telefónico: \_\_\_\_\_

Insurance:

Compañía de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Nombre en la Póliza: \_\_\_\_\_

Numero de ID de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Las Picaduras de Abeja :  Mi hijo ha sido picado por una abeja y no es alérgico.  
 Mi hijo ha sido picado por una abeja y es alérgico. Reacción: \_\_\_\_\_  
 Por lo que yo sé, mi hijo nunca ha sido picado por una abeja.

Crema Solar:  Alma del Mar puede proporcionar protección solar y aplicarlo a mi hijo.  
 Por favor, no proporcionan protección solar para mi hijo.

Misceláneos: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_