

School year: _____
Grade: _____

**Bridgeport School District
Student Health History**
To be completed by parent/guardian

Parent: _____
Phone: _____
Cell: _____

Name of Student: _____ Date of Birth: _____ Sex: ☐ Male ☐ Female

☐ No ☐ Yes **Glasses/Contacts**, Date of last eye evaluation: _____

☐ No ☐ Yes **Hearing aids**, Date of last hearing exam: _____

Primary Provider: _____

Dentist: _____

Date of last visit dental visit: _____

Daily Medications

State law RCW 28A.210.260 requires written permission from a Health Care Provider and parent before any Medication (**prescription or over-the-counter**) can be given at school. A form is available at Bridgeport school Office.

☐ No ☐ Yes **Medication needed at school** (list): _____

☐ No ☐ Yes **Medication needed at home**

(list): _____

☐ No ☐ Yes **Allergies: (list)** _____

Life Threatening Medical Conditions

Washington State law requires that students with life-threatening health conditions, where the condition could "put the child in danger of death during the school day", have medication/treatment orders and a nursing plan in place at school **before** your child can attend school. Forms are available at the Elementary/Middle/HS office.

Life Threatening Conditions (Requires Health Care Provider Orders) please, check all that apply:

☐ No ☐ Yes **Severe Allergic reaction to Nuts (list):** _____

☐ No ☐ Yes **Severe Allergic reaction to Bee Stings requiring emergency medication:** _____

☐ No ☐ Yes **Other Severe Allergies-affecting school. Specify:** _____

☐ No ☐ Yes **Severe Asthma: regularly takes medication for asthmatic condition and/or hospitalized within the Last 5 years for asthmatic condition**

☐ No ☐ Yes **Diabetes**

☐ No ☐ Yes **Seizure Disorder that requires an emergency medication:** _____

Health Concerns: (which may potentially be a life threatening conditions that may require Health Care Provider orders)

Please check all that apply and explain:

☐ No ☐ Yes **Asthma: takes medication only when needed:** _____

☐ No ☐ Yes **Seizure: Type of Seizures and date of last Seizure:** _____

☐ No ☐ Yes **Heart Condition:** _____

☐ No ☐ Yes **Behavioral/Emotional Concerns:** _____

☐ No ☐ Yes **Other Health Concerns:** _____

☐ No ☐ Yes **Any Chronic or recurring illness:** _____

Does your child have any other condition that would affect his/her classroom performance or P.E. activities?

☐ No ☐ Yes if yes, explain: _____

All health information is considered confidential. It will be shared electronically with staff as needed during the time your child is enrolled in Bridgeport School District in order to ensure the health and safety of your child, unless otherwise requested by you in writing..

Parent/guardian signature _____ **Date** _____

Año Escolar: 2022/2023

Grado: _____

Maestro/a: _____

Distrito Escolar de Bridgeport
Historia de Salud del Estudiante
Debe de ser llenado por los padres o guardián

Parent: _____

Phone: _____

Cell: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ ☐ Niño ☐ Niña

Marque aquello que aplique y de información indicada:

☐ No ☐ Si Usa lentes o lentes de contacto, fecha del último examen: _____

☐ No ☐ Si Usa aparatos de audición, fecha del último examen: _____

Doctor de su hijo/a: _____ Dentista: _____ Fecha de la última visita dental: _____

Medicamentos Diarios

El estado requiere por ley (RCW 28^a.210.260) autorización por escrito del médico y de los padres antes de administrar cualquier tipo medicamento (prescripción u otro) en la escuela. La forma está disponible en la oficina de la escuela.

☐ No ☐ Si Medicamento que necesita en la escuela (especifique): _____

☐ No ☐ Si Medicamento que usa en casa (especifique): _____

☐ No ☐ Si Anote las Alergias: _____

Condiciones Médicas de Alto Riesgo

La ley del estado de Washington requiere que estudiantes con condiciones médicas de alto riesgo para la vida, donde la condición "ponga al niño/a en peligro de muerte durante el día de la escuela", tenga órdenes de medicamento/tratamiento y un plan escrito por la enfermera en la escuela antes de que su hijo/a pueda asistir a la escuela. Las formas están disponibles en la oficina de la escuela.

Condiciones Médicas de Alto Riesgo para la Vida (Requiere órdenes del médico) Marque la condición que aplique:

☐ No ☐ Sí Reacción alérgica severa a nuez (cual): _____

☐ No ☐ Sí Reacción alérgica severa a la picadura de abejas que requiere medicamento de emergencia: _____

☐ No ☐ Sí Otras alergias severas que afecten la asistencia a clases. Especifique: _____

☐ No ☐ Sí Asma severa: toma medicina con regularidad para condiciones asmáticas y/o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años por condiciones asmáticas

☐ No ☐ Sí Diabetes

☐ No ☐ Sí Convulsiones que requiere medicamento de emergencia: _____

Preocupaciones de Salud: (que potencialmente sean condiciones médicas de alto riesgo para la vida)

Marque aquello que aplique y explique:

☐ No ☐ Sí Asma, toma medicinas solo cuando es necesario: _____

☐ No ☐ Sí Convulsiones: Tipo de convulsión _____ Fecha de la última convulsión: _____

☐ No ☐ Sí Problemas con el corazón: _____

☐ No ☐ Sí Problemas de comportamiento o emocionales: _____

☐ No ☐ Sí Otras problemas de salud: _____

☐ No ☐ Si Condiciones crónicas o enfermedades frecuentes: _____

¿Tiene su niño/a algún otro problema médico que podría afectar su desarrollo en el salón de clases o en las actividades de educación física?

☐ No ☐ Sí Explique si marco Sí: _____

Esta información es considera confidencial. Será compartida con el personal escolar solo cuando sea necesario, mientras su niño/a este inscrito en el Distrito Escolar de Bridgeport, para poder asegurar la salud y seguridad de su hijo/a, a menos que usted solicite lo contrario por escrito.

Firma del padre o guardián _____ Fecha _____