



# USDB ANNUAL HEALTH REGISTRATION FORM

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_

Program: Deaf [ ] Blind [ ]

School year: \_\_\_\_\_

**Current Information:**

Parent(s) or Guardian(s): \_\_\_\_\_

Mother's Maiden Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Home phone: \_\_\_\_\_

Mother's phone: \_\_\_\_\_ Father's phone: \_\_\_\_\_

Current Medical Diagnosis: \_\_\_\_\_

Primary Physician: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Other medical specialist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Dentist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Health Information:** Date of student's last physical exam: \_\_\_\_\_ Date of last dental exam: \_\_\_\_\_

Immunizations received in the past year? Yes No If yes, please attach a copy of the doctor or health department record.

Allergies: \_\_\_\_\_

**Medical history:** List any health problems, hospitalizations, surgeries or new diagnosis in the past year.

**Current medications:**

Medication name	Dosage	Times

Will any medications need to be administered at school? Yes No If yes, please attach a completed, signed **Medication Administration Form**.

**Specialized health procedures your child receives:** \_\_\_\_\_

Will any health procedures be needed at school? Yes No If yes, please list: \_\_\_\_\_

**Any restrictions to activity?** Yes No If yes, please list: \_\_\_\_\_

**If parents cannot be reached in case of an accident, illness or other emergency, you may contact:**

Name	Relationship	Phone

**Insurance information:** \_\_\_\_\_

**Preferred Hospital:** \_\_\_\_\_

The above information is true and correct. I will update the school if any of the above changes during the school year. I understand that in the event of a life threatening emergency the school will contact emergency services (911) and that this information will be shared with paramedics and/or other emergency medical personnel.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# USDB FORMULARIO DE INSCRIPCION ANUAL de SALUD

El Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ La Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

El programa: Sordo [ ] Ciego [ ] Año escolar: \_\_\_\_\_

### Información Actual:

Padre o el Guardián: \_\_\_\_\_

El Apellido de soltera de la madre: : \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_

En casa teléfono: \_\_\_\_\_

El teléfono de Madre: \_\_\_\_\_ El teléfono de Padre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico Actual: \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_ El Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro especialista médico: \_\_\_\_\_ El Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ El Teléfono: \_\_\_\_\_

**La Información de la Salud:** La fecha de último examen físico del estudiante: \_\_\_\_\_

La Fecha de último examen dental: \_\_\_\_\_ ¿Las Inmunizaciones recibieron en el año pasado? Sí No  
Si sí, conecta por favor una copia del médico o el registro del departamento de la salud.

Alergias: \_\_\_\_\_

**La Historia Clínica:** Liste cualquier problemas de la salud, hospitalizaciones, las cirugías o nuevo diagnóstico en el año pasado.

### Las medicinas actuales:

Nombre de medicina	Dosis	Tiempos

¿Necesitará cualquier medicina para ser administrados en la escuela? Sí No Si sí, conecta por favor una forma completada y firmada de la **Forma de Administración de la Medicina**.

**Los procedimientos especializados de la salud que su niño recibe:** \_\_\_\_\_

¿Serán necesitados cualquier procedimientos de la salud en la escuela? Sí No Si sí, lista por favor:

¿Cualquier restricción en la actividad? Sí No Si sí, lista por favor: \_\_\_\_\_

**Si padres no se pueden ser alcanzados en caso de un accidente, la enfermedad o otra emergencia, contactamos:**

Nombre	Relación	Teléfono

**La Información del Seguro:** \_\_\_\_\_

**Hospital Preferido:** \_\_\_\_\_

La información arriba es verdadera y correcta. Actualizaré la escuela si cualquiera del encima se cambia durante el año escolar. Comprende que en caso que amenaza una emergencia de la vida la escuela contactará los servicios de la emergencia (911) y que esta información será compartida con paramédicos y/o otras personales de emergencia médica.

La Firma: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_