

**SCHOOL DISTRICT OF NEW LONDON
ANNUAL STUDENT HEALTH SURVEY**

Name: _____ Grade: _____ School: _____

My child is taking the following **prescription medication(s)**: _____ Dosage: _____

This medication needs to be taken by my child: ☐ at home ☐ at school

****Medication(s) must be supplied to school in the current prescription bottle with all medication information on the label along with a medication consent form signed by the parent/guardian AND the physician. This must be on file before the medication can be administered at school.****

My child is taking the following **non-prescription medication(s)**: _____ Dosage: _____

This medication needs to be taken by my child: ☐ at home ☐ at school

****Medication(s) must be supplied to school in the original, unopened bottle with medication ingredient list along with a medication consent form signed by the parent/guardian. This must be on file before the medication can be administered at school.****

My child has the following allergies: ☐ Medication ☐ Food ☐ Seasonal allergies ☐ Other, please specify _____

My child has been hospitalized during the past year for the following reason(s): _____

My child had the following communicable disease(s) in the past year: _____

My child had the following serious injury(ies) in the past year: _____

My child has the following activity restrictions: _____

My child has the following health issue(s): ☐ Asthma ☐ Seizures ☐ Diabetes ☐ Bee Sting Reaction

☐ Food Allergy Reaction ☐ Other, please specify and explain _____

****Be sure to complete the corresponding action plan and medication consent form(s)****

Describe any special health concerns you may have regarding your child: _____

My child has received the following immunization(s) **over the past year**:

Vaccine: _____ Dose#: _____ Date: _____

Vaccine: _____ Dose#: _____ Date: _____

Vaccine: _____ Dose#: _____ Date: _____

OR my child had chickenpox on (date): _____ (documentation of diagnosis by a qualified health care provider is needed). It is the parent's/guardian's responsibility to provide school with current immunization records or waivers.

☐ None of the above statements pertain to my child.

The school health program/health office/office is not legally responsible, nor is it equipped or staffed to provide extended care for ill students.

The School District Nurse has my permission to share health information with teachers and other school personnel who have a need to know.

Parent or Guardian Initials: _____ Date: _____ Initials will serve as your signature.

DISTRITO ESCOLAR DE NEW LONDON
ENCUESTA ANUAL DE SALUD ESTUDIANTIL

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Mi hijo/a está tomando los siguientes medicamentos recetados: _____ Dosis: _____ Este medicamento debe ser tomado por mi hijo/a: ☐ en la casa ☐ en la escuela

****Los medicamentos deben entregarse a la escuela en el frasco de la receta actual con toda la información del medicamento en la etiqueta junto con un formulario de consentimiento para la medicación firmado por el padre/tutor Y el médico. Este formulario debe estar archivado antes de que se pueda administrar el medicamento en la escuela.****

Mi hijo está tomando los siguientes medicamento(s) sin receta: _____ Dosis: _____ Este medicamento debe ser tomado por mi hijo/a: ☐ en la casa ☐ en la escuela

****Los medicamentos deben entregarse a la escuela en el frasco original sin abrir, con la lista de ingredientes del medicamento y un formulario de consentimiento para la medicación firmado por el padre/tutor. Este formulario debe estar archivado antes de que se pueda administrar el medicamento en la escuela.****

Mi hijo/a tiene las siguientes alergias: ☐ Medicamento ☐ Comida ☐ Alergias estacionales ☐ Otro, Por favor especifique _____
Mi hijo/a ha estado hospitalizado durante el último año por los siguientes motivos: _____

Mi hijo tuvo las siguientes enfermedades transmisibles durante el último año: _____ Mi hijo/a tuvo las siguientes lesiones graves durante el último año: _____ Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones de actividad: _____

Mi hijo/a tiene los siguientes problemas de salud: ☐ Asma ☐ Convulsiones ☐ Diabetes ☐ Reacción a la picadura de abeja
☐ Reacción alérgica a los alimentos ☐ Otro, por favor especificar y explicar _____

****Asegúrese de completar el plan de atención correspondiente y el formulario de consentimiento de medicación.****

Describe cualquier inquietud especial sobre la salud que pueda tener con respecto a su hijo/a: _____

Mi hijo/a ha recibido las siguientes vacunas durante el último año:

Vacuna: _____ Dosis#: _____ Fecha: _____

Vacuna: _____ Dosis#: _____ Fecha: _____

Vacuna: _____ Dosis#: _____ Fecha: _____ **O** mi hijo/a tuvo varicela el (fecha) (Se necesita documentación del diagnóstico por parte de un proveedor de atención médica calificado.): _____

Es responsabilidad de los padres o guardianes proporcionar a la escuela los registros/exenciones de vacunación actualizados.

☐ Ninguna de las declaraciones anteriores pertenece a mi hijo.

El programa de salud escolar/oficina de salud/oficina no es legalmente responsable, ni está equipado ni cuenta con personal para brindar atención prolongada a estudiantes enfermos.

La enfermera del distrito escolar tiene mi permiso para compartir información de salud con maestros y otro personal escolar que tengan necesidad de saber.

Initiales del padre o tutor: _____ Fecha: _____ Las iniciales servirán como su firma.

QUARTIER SCOLAIRE DE NEW LONDRES ENQUÊTE ANNUELLE SUR LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS

Nom : _____ Année scolaire : _____ École : _____

Mon enfant prend les **médicaments prescrits suivants** : _____ Posologie : _____

Ce médicament doit être pris par mon enfant : ☐ à la maison ☐ à l'école

****Les médicaments doivent être livrés à l'école dans le flacon d'ordonnance actuel avec toutes les informations sur les médicaments sur l'étiquette ainsi qu'un formulaire de consentement aux médicaments signé par le parent/tuteur ET le médecin. Ce formulaire doit être versé au dossier avant que les médicaments puissent être administrés à l'école.****

Mon fils prend ce qui suit **médicaments sans ordonnance** : _____ Posologie : _____

Ce médicament devrait être pris par mon enfant : ☐ à la maison ☐ à l'école

****Les médicaments doivent être livrés à l'école dans le flacon original non ouvert, avec la liste des ingrédients du médicament et un formulaire de consentement au médicament signé par le parent/tuteur légal. Ce formulaire doit être versé au dossier avant que les médicaments puissent être administrés à l'école.****

Mon enfant a les allergies suivantes : ☐ Médecine ☐ Nourriture ☐ Allergies saisonnières ☐ Autre, veuillez préciser _____

Mon enfant a été hospitalisé au cours de la dernière année pour les raisons suivantes : _____

Mon enfant a eu les maladies transmissibles suivantes au cours de la dernière année : _____

Mon enfant a subi les blessures graves suivantes au cours de la dernière année : _____

Mon enfant est soumis aux restrictions d'activité suivantes : _____

Mon enfant a les problèmes de santé suivants : ☐ Asthme ☐ Saisies ☐ Diabète ☐ Réaction à une piqûre d'abeille

☐ Réaction allergique à un aliment ☐ Autre, veuillez préciser et expliquer _____

****Assurez-vous de remplir le plan de soins approprié et le formulaire de consentement aux médicaments.****

Décrivez tout problème de santé particulier que vous pourriez avoir concernant votre enfant : _____

Mon enfant a reçu les vaccins suivants au cours de la dernière année :

Vaccin : _____ Dose n° : _____ Date : _____ Vaccin

: _____ Dose n° : _____ Date : _____ Vaccin

: _____ Dose n° : _____ Date : _____ **LE** Mon enfant a eu la varicelle le (date) (La documentation du diagnostic émanant d'un professionnel de la santé qualifié est requise.) :

Il est de la responsabilité du parent ou du tuteur de fournir à l'école des dossiers de vaccination/exemptions à jour.

☐ Aucune des déclarations ci-dessus n'appartient à mon fils.

Le programme de santé scolaire/le bureau de santé/le bureau n'est pas légalement responsable et n'est pas non plus équipé ni doté en personnel pour fournir des soins de longue durée aux élèves malades.

L'infirmière du district scolaire a ma permission de partager des informations sur la santé avec les enseignants et autres membres du personnel scolaire qui ont besoin de les connaître.

Initiales du parent ou tuteur : _____ Date : _____ Les initiales serviront de signature.