



MEDICAL CONDITIONS FORM

Early/Head Start Child EHS Pregnant Mom (check one)

Name: _____ Birthdate: _____

School/Site: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

Emergency Contact Name: _____ Phone: _____

Doctor's Name: _____ Phone: _____

Dentist's Name: _____ Phone: _____

CONDITION:

ASTHMA Yes No

*If **YES**, please list all medications prescribed.*

SEASONAL ALLERGIES Yes No

FOOD ALLERGIES Yes No

OTHER ALLERGIES Yes No

Circle all that apply: Insects (type) Medicine (name) Other(describe)

EPI PEN Yes No

*If **YES**, must have EPI Pen on campus before child can attend school.*

DIABETES Yes No

SEIZURES Yes No

HEART/BLOOD Yes No

MUSCLES/BONES/JOINTS Yes No

BLADDER/KIDNEY Yes No

STOMACH/INTESTINES Yes No

GROWTH/NUTRITIONAL/EATING CONCERNS Yes No

EMOTIONAL/BEHAVIORAL Yes No

OTHER HEALTH CONCERNS Yes No

If yes, please explain:

***PROVIDE DETAILS HERE: List specific allergies; list all medication(s) taken at school and/or home.**

Has medical condition been diagnosed by a Doctor? Yes No Emergency Action Plan from Doctor? Yes No

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

FSW/FSA Signature: _____ HS Nurse Signature: _____



FORMA DE CONDICIONES MÉDICAS

Head Start/Temprano Madre Embarazada HST (marque una)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela/Sitio: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____

CONDICIÓN:

ASMA Si No

Si SÍ, por favor escriba todas las medicinas recetadas.

ALERGIAS DE TEMPORADA Si No

ALERGIAS ALIMENTICIAS Si No

OTRAS ALERGIAS Si No

Circule todas las que apliquen:

Insectos (clase) Medicina (nombre) Otro (describa)

EPI PEN Si No

Si SÍ, debe tener un EPIN Pen en el plantel antes de que el niño comience la escuela.

DIABETES Si No

CONVULSIONES Si No

CORAZÓN/SANGRE Si No

MUSCÚLOS/HUESOS/ARTICULACIONES Si No

VEJIGA/RIÑÓN Si No

ESTÓMAGO/INTESTINOS Si No

**PREOCUPACIONES DE
CRECIMIENTO/NUTRICIÓN/ALIMENTACIÓN** Si No

EMOCIONALES/COMPORTAMIENTO Si No

OTRAS PREOCUPACIONES DE SALUD Si No

Si sí, por favor explique:

PROPORCIONE AQUÍ LOS DETALLES: Haga una lista de las alergias específicas; enumere todas las medicinas tomadas en la escuela y/o la casa.

¿La condición médica ha sido diagnosticada por un doctor? Si No ¿Plan de Emergencia del Doctor? Si No

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de FSW/FSA: _____ Firma de la Enfermera de HS: _____