

THIS FORM MUST BE RETURNED TO SCHOOL

HOME DISTRICT \_\_\_\_\_

ADAMS COUNTY TECHNICAL INSTITUTE  
SCHOOL HEALTH SERVICES

HEALTH SURVEY

It is necessary to update each student's record yearly. Please fill out this form **completely** and return it to your child's teacher **immediately**.

\_\_\_\_\_  
Name of Student                      Date of Birth                      Grade                      TECH Program

Student's Doctor: \_\_\_\_\_ Student's Dentist: \_\_\_\_\_

Severe or Life-Threatening Allergies? Yes/No ☐ ☐ Epi Pen prescribed? : \_\_\_\_\_  
(List allergies)

Asthma? Yes/No ☐ ☐ Explain: \_\_\_\_\_ Rescue Inhaler prescribed? \_\_\_\_\_  
(List medications and "triggers")

**Check physical conditions and explain treatment/ medications:**

☐ Hearing: \_\_\_\_\_  
☐ Vision: \_\_\_\_\_ Wears glasses? ☐ Contacts? ☐  
☐ Heart or Lungs: \_\_\_\_\_  
☐ Epilepsy/Seizure Disorder: \_\_\_\_\_  
☐ Attention Deficit Disorder/Hyperactivity: Medication taken \_\_\_\_\_  
☐ Any other health conditions \_\_\_\_\_  
☐ Other Medications taken \_\_\_\_\_  
☐ Serious accidents/injuries/operations? Please explain: \_\_\_\_\_

(Type and Year)

Has your Child ever been diagnosed with a head injury/ concussion: Yes/ No ☐ ☐ Year(s): \_\_\_\_\_

May we share this information with teachers? Yes/ No ☐ ☐

Is your child limited in physical activities? Yes/ No ☐ ☐ Explain: \_\_\_\_\_

(A doctor's note will be required if student cannot participate in phys-ed.)

**\*\*If you are sending any medication(s) for your child to be administered at school, you MUST have an ORDER from a PHYSICIAN (including over-the-counter medications and self-carry medications such as inhalers and Epi-Pens) per ACTI medication policy.**

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

**ESTE FORMULARIO SE DEBE VOLVER A LA ESCUELA**

**SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES**

**Encuesta de Salud**

Es necesario mantener al día los archivos de cada estudiante anualmente. Por favor, llene este formulario completamente y envíelo al maestro de su niño inmediatamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante                      Fecha de nacimiento                      Grado  
Maestro

Doctor del Estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista del Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Accidentes/heridas/operaciones serias? Por favor explique: \_\_\_\_\_  
(Tipo y Año)

Ha tenido su niño alguna herida en la cabeza/contusión el verano pasado: Sí/ No

Alergias? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_  
(Lista de alergias y el tratamiento para cada una de ellas)

Asma? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_  
(Lista de medicamentos y "cosas que lo provocan")

**Marque las condiciones físicas y explique el tratamiento/medicamentos:**

\_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_ ¿Tubos auditivos? Pasado: \_\_\_\_\_ Presente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Visión: \_\_\_\_\_ ¿Usa lentes/gafas? \_\_\_\_\_ ¿Lentes de contacto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Corazón y pulmones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Epilepsia/Ataques: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Trastorno por Déficit d la Atención Medicina que toma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otro problema de salud \_\_\_\_\_ Medicina que toma \_\_\_\_\_

**¿ Podemos compartir esta información con los maestros? \_\_\_\_si o \_\_\_\_no**

**¿Esta su niño limitado de realizar actividades físicas? \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_**  
(Se necesitará una nota del doctor si su niño no puede participar en educación física)

Por favor marque cualquier medicamento que NO debe ser administrado a su niño por la Enfermera de la Escuela.

**Fecha en que llenó el formulario \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Apoderado \_\_\_\_\_**