



Evergreen Charter School
 605 Peninsula Blvd., Hempstead, NY 11550
 Phone (516)292-2060 Fax: (516)292-0575

Annual Student Health History Grades K-9

(THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY PARENTS/GUARDIAN)

The annual health history is an important part of your child's medical record. Please complete this health history form and return it to the school nurse.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Physician: _____ Phone: _____

If parent is unavailable, the following person can be contacted in an emergency:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Please circle if your child has any of the following: (if yes, please explain below)

Asthma	yes	no	Seizures	yes	no
Allergies	yes	no	Vision problems	yes	no
Diabetes	yes	no	Glasses worn	yes	no
Ear/Hearing Problems	yes	no	Orthopedic Problems	yes	no
Heart Problems	yes	no	Skin Rash/Eczema	yes	no
Sickle Cell Anemia	yes	no	Daily Medication	yes	no

Explanation of yes answers: _____

Please list all prescription medications taken at home: _____

Please list all Food Allergies and Restrictions: _____

Does your child require any medication during school hours? _____

Does your child require any emergency medication? _____

Please note that all medications require a doctor's note and parental consent. Forms are available from the school nurse.

If your child has a problem at school, related to his/her condition, what plan of action would you and your physician prefer the school personnel to take?

Please note that the above information may be shared with classroom teachers and other appropriate school personnel to ensure the safety of your child.

Signature of Parent/Guardian: _____

Date: _____

Para Español por favor ver al dorso



Evergreen Charter School
605 Peninsula Blvd., Hempstead, NY 11550
Phone (516)292-2060 Fax: (516)292-0575

Historia de Salud Anual del Estudiante - Grados K-9

(LOS PADRES/TUTORES DEL ESTUDIANTE DEBERÁN COMPLETAR ESTE FORMULARIO)

La historia de salud anual es una parte importante del historial médico de su hijo. Por favor llene este formulario y devuélvalo a la oficina de la enfermera de la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Médico de su hijo: _____ Teléfono: _____

Si el padre no está disponible, la siguiente persona puede ser contactada en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Por favor indique con un círculo si su hijo tiene algo de lo siguiente: (si su respuesta es afirmativa, por favor explique abajo)

Asma	sí	no	Convulsiones	sí	no
Alergias	sí	no	Problemas de la visión	sí	no
Diabetes	sí	no	Usa lentes	sí	no
Oído / problemas de audición	sí	no	Problemas ortopédicos	sí	no
Problemas del corazón	sí	no	Salpullido / Eczema	sí	no
Anemia	sí	no	Medicación diaria	sí	no

Explicación de las respuestas afirmativas: _____

Por favor indique todas las medicinas recetadas que se administran en el hogar: _____

Por favor indique todas las alergias y restricciones de alimentos: _____

¿Requiere su hijo algún medicamento durante las horas de la escuela? _____

¿Requiere su hijo algún medicamento de emergencia? _____

Por favor tenga en cuenta que todos los medicamentos requieren una nota del médico y consentimiento del padre. Los formularios están disponibles en la oficina de la enfermera.

En caso de que su hijo tenga un problema en la escuela, relacionado con su condición médica, ¿Qué plan de acción preferirían, usted y su médico, que el personal de la escuela siguiera?

Por favor tenga en cuenta que la información anterior puede ser compartida con las maestras y demás personal de la escuela para asegurar la seguridad de su hijo.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Please see reverse for English