

Lake Station Community Schools

Student Health Information

Student Name _____
nombre _____

Birthdate _____ Grade _____
Fecha de nacimiento _____

My child has no changes/new medications or medical conditions

Does Your Child Have Any of the Following? (Check all that Apply)
¿Tiene Su Niño Cualquiera de los Siguietes? (Marque todos que apliquen)

_____ Allergies Alergias	_____ Asthma Asma	_____ Anxiety Ansiedad
_____ Congenital Heart Defect Defecto congénito de Corazón	_____ Diabetes: Type I La diabetes: Tipo I	_____ Diabetes: Type II La diabetes: Tipo II
_____ Heart Murmur Soplo en el corazón	_____ Hemophilia Hemofilia	_____ Mood Disorders Desórdenes de humor
_____ Sickle Cell Anemia Anemia de células falciformes	_____ Other Otro	

Please explain any of the checks above
Explique por favor cualquiera de los marcados en la sección anterior

Does our child take medications or vitamins? _____ Yes _____ No
¿Toma vuestro niño medicinas o vitaminas? _____ Sí _____ No

If yes, please list medications (dosage/time) _____
Si sí, lista por favor medicinas (dosis/hora) _____

If there is any other information that you feel that is important about your child's health care while in school, please list here.

Si hay cualquier otra información que usted siente es importante acerca de la asistencia médica de su niño mientras en la escuela por favor explique aquí.

Parent Signature _____ Date _____
(Firma del padre/madre/guardián) (Fecha)