

## STUDENT HEALTH INVENTORY

(This form is to be used for all new enrolling students and all Special Education Eligibility Staffings)

This form is confidential and will only be shared with Adams 12 Five Star School's staff on a need to know basis for the safety and/or educational progress of your student. **Please complete front and back.**

*\*\* It is the responsibility of the Parent/Guardian to contact the Transportation Department at (720) 972-4299 to inform them of any health conditions if your student rides the bus.*

<b>STUDENT NAME:</b> _____		School: _____	
Grade: _____	Birth day / / _____	Age _____	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Lives with: _____
Parent(s)/Guardian(s) Names: _____			
Previous District / School Attended: _____			
<b>Medical Insurance: Check the appropriate box to indicate the current health insurance status of the student:</b>			
<input type="checkbox"/> Private Insurance		<input type="checkbox"/> Uninsured student	
<input type="checkbox"/> Medicaid # _____		<input type="checkbox"/> CHP+ # _____	
Please initial to the left to give permission to Adams 12 Five Star School staff members to contact you regarding information about Medicaid/CHP+ health insurance program benefits and/or the application process to determine if this student may be eligible for Medicaid/CHP+ health insurance.			
<b>Medical Diagnosis/Conditions:</b> _____			
Diagnosed by Physician: (Name/Date) _____			
Person completing form: _____			
Name		Signature	
Relationship to child: _____		Date _____	
Home phone: _____		Work phone: _____	
E-mail address: _____			

### MEDICAL HISTORY

<b>ADD</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>ADHD</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Autism</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Heart Condition(s)</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type: _____ Limitations: _____
<b>Allergies/Reactions</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, to what? _____ Type of Reaction: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	<b>Immune System Disorder (Lupus, Transplants)</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type/Date: _____
<b>Asthma / Respiratory Conditions</b> (pneumonia, bronchitis) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Types/Dates: _____	<b>Kidney Disorder</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe: _____
<b>Bone Disease / Deformity</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe: _____ Special Equipment: _____	<b>Mental Disorder</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe: _____
<b>Cancer / Blood Disorder</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type/Date: _____	<b>Neuro/Muscular Condition</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe: _____
<b>Communicable Diseases</b> (measles, TB, hepatitis) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type/Date: _____	<b>Skin Condition</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Serious Burns</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe: _____
<b>Diabetes</b> Type _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Glucose monitoring @ school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Insulin required while @ school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Snacks/diet monitoring @ school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Stomach/Bowel Conditions</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe: _____
<b>Ear Infections</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Surgery (tubes placed) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dates: _____	<b>Surgeries/Hospitalizations</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date _____ Reason _____ Date _____ Reason _____ Date _____ Reason _____
<b>Enuresis</b> (bedwetting) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Encopresis</b> (soiling) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Frequency/Age: _____	<b>Syndromes</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No List: _____ Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe: _____
<b>Epilepsy/Seizure Disorder</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type: _____ Frequency: _____ Limitation: _____ Date of last seizure: _____	<b>Traumatic Brain Injury</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date: _____ Cause: _____ Extent / Outcome: _____

## MEDICATION(S)

Please list medications taken at home and school. If additional space required, please attach separate list.

Drug Name	Dosage	Time(s)	Reason

**\*\* Please Note: The Adams 12 School District requires both a written physician's order and written parent permission in order to administer medication and/or procedures at school for your child.**

### WELL CHILD CARE

Date of Last Physical Exam: \_\_\_\_\_ Physician's Name: \_\_\_\_\_  
 Date of Last Vision Exam: \_\_\_\_\_ Requires glasses/contacts: Yes No Concerns: \_\_\_\_\_  
 Date of Last Hearing Exam: \_\_\_\_\_ Hearing Loss? Yes No Hearing Aid? Yes No  
 Date of Last Dental Exam: \_\_\_\_\_  
 Any other vision/hearing/dental concerns: \_\_\_\_\_

### LIFESTYLE

Nutrition Appetite: Good Fair Poor Concerns: \_\_\_\_\_  
Fitness Activity level: Very active Active Quiet  
 Describe types of exercise: \_\_\_\_\_  
(i.e. organized sports, riding bikes, running, plays outside, etc.....)  
Sleep Bedtime @ \_\_\_\_\_ Wakes up @ \_\_\_\_\_ Concerns: \_\_\_\_\_

### MEDICAL CARE REQUIRED AT SCHOOL

Please circle all that apply: GT feeding, nebulizer treatments, catheterization, oxygen, assisted oral feedings, toileting and diapering. Other (please list): \_\_\_\_\_

### Pre-K through Grade 5 (Optional)

#### BIRTH HISTORY

Early history not known

Prenatal care: Yes No  
 Pregnancy was: Normal Complicated, \_\_\_\_\_  
Explain any conditions (i.e. toxemia, infection, pre-mature labor, smoking, drugs, etc.....)  
 Length of pregnancy: \_\_\_\_\_ Type of Delivery: (Circle) Vaginal C-Section Forceps/Suction  
 Labor/Delivery was: Normal Complicated, \_\_\_\_\_  
Explain (i.e. required oxygen, breech, chord around neck, bleeding etc.....)  
 Birth weight: \_\_\_\_\_ Describe any newborn complications: \_\_\_\_\_  
Explain (i.e. jaundice, required oxygen, intensive care, etc...)  
 Length of hospital stay: Mother \_\_\_\_\_ Infant \_\_\_\_\_

#### DEVELOPMENTAL HISTORY

Early history not known

Age: Crawled @ \_\_\_\_\_ Walked @ \_\_\_\_\_ First words @ \_\_\_\_\_ Weaned to cup @ \_\_\_\_\_  
 Fed self finger foods @ \_\_\_\_\_ Toilet trained @: Bowel \_\_\_\_\_ Bladder \_\_\_\_\_  
 Were there any early childhood concerns about your child: \_\_\_\_\_  
(i.e. speech, language, motor, developmental etc.....)

Any additional concerns: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## INVENTARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

(Se usará este inventario para todos los estudiantes nuevos y todas las Reuniones para Elegibilidad de Educación Especial)  
Este formulario es confidencial y será compartido solamente con empleados del Adams 12 Five Star School que necesiten saber la información por razones de seguridad y/o progreso del estudiante. **Por favor, llene el frente y el revés del formulario.**

\*\* Los padres/guardianes son responsables por comunicarse con el Departamento de Transportación al (720) 972-4299 e informarles sobre cualquier condición de salud que tenga el estudiante si él/ella viajará en el autobús escolar.

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b> _____		<b>Escuela:</b> _____	
Grado: _____	Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____	Edad ____	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Vive con: _____
Nombre(s) de padre(s)/guardián(es): _____			
Escuela o distrito al que asistió anteriormente _____			
<b>Seguro Médico: Marque el espacio apropiado para indicar el seguro médico actual del estudiante:</b>			
<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> CHP+ # _____			
Escriba sus iniciales para dar permiso a empleados del Adams 12 Five Star Schools para comunicarse con usted con relación a información sobre beneficios de los programas de salud Medicaid/CHP+ y/o del proceso de solicitud para determinar si el estudiante pudiera ser elegible para seguros de salud de Medicaid/CHP+.			
<b>Diagnóstico/Condición Médica:</b> _____			
<b>Médico que hizo el diagnóstico:</b> (Nombre/Fecha) _____			
Persona que llena este formulario: _____			
Relación con el niño: _____		Nombre _____	Firma _____
Dirección de correo electrónico: _____		Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____
			Fecha _____

### HISTORIAL MÉDICO

<b>ADD</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>ADHD</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Autismo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Condición del corazón</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____ Limitaciones: _____
<b>Alergias/Reacciones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí, ¿a qué? _____ Tipo de reacción: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	<b>Problemas del sistema inmunológico (Lupus, Transplantes)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo/Fecha: _____
<b>Asma/Condiciones respiratorias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pulmonía, bronquitis) Tipos/Fechas _____	<b>Problemas de los riñones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: _____
<b>Enfermedades de los huesos/deformidades</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: _____ Equipo especial: _____	<b>Problemas mentales</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: _____
<b>Cáncer/Problemas en la sangre</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo/Fecha: _____	<b>Condición neurológica/muscular</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: _____
<b>Enfermedades contagiosas (sarampión, TB, hepatitis)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo/Fecha _____	<b>Condiciones en la piel</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Quemaduras serias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: _____
<b>Diabetes Tipo</b> _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Supervisión de glucosa en la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Insulina requerida en la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Meriendas/dieta supervisada en la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Condiciones del estómago/intestinos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: _____
<b>Infecciones del oído</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cirugía (se le pusieron tubos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas: _____	<b>Cirugías/hospitalizaciones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha _____ Razón _____ Fecha _____ Razón _____ Fecha _____ Razón _____
<b>Enuresis (incontinencia urinaria)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Encopresis (incontinencia fecal)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia/edad: _____	<b>Síndromes</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista: _____ Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: _____
<b>Epilepsia/convulsiones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____ Frecuencia: _____ Limitación: _____ Fecha de la última convulsión: _____	<b>Lesión traumática del cerebro</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ Causa: _____ Alcance/resultado: _____

## MEDICAMENTOS

Escriba los medicamentos que su hijo toma en la casa y la escuela. Si necesita espacio adicional, adjunte una lista por separado.

Nombre del medicamento	Dosis	Horario	Razón

\*\* Aviso: El Distrito Escolar Adams 12 requiere una orden escrita del médico y un permiso escrito de los padres para poder administrar medicamentos y/o procedimientos para su hijo en la escuela.

### CUIDADO MÉDICO DEL NIÑO

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de la vista: \_\_\_\_\_ Necesita lentes/lentes de contacto:  Sí  No

Preocupaciones: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen del oído: \_\_\_\_\_ ¿Tiene pérdida de audición?  Sí  No ¿Usa audífonos?  Sí  No

Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones de visión, audición o dentales: \_\_\_\_\_

### ESTILO DE VIDA

Nutrición    Apetito:  Bueno  Regular  Pobre    Preocupaciones: \_\_\_\_\_

Condición física    Nivel de actividad:  Bien activo  Activo  Callado

Describe tipos de ejercicio: \_\_\_\_\_

(Ej., deportes organizados, montar bicicleta, correr, juega afuera, etc.)

Sueño    Hora de acostarse \_\_\_\_\_    Hora de levantarse \_\_\_\_\_    Preocupaciones: \_\_\_\_\_

### CUIDADO MÉDICO REQUERIDO EN LA ESCUELA

Circule todas las que apliquen: alimentación por GT, tratamientos para asma, catéter, oxígeno, ayuda con la alimentación, ayuda con el baño y cambio de pañales. Otro (liste): \_\_\_\_\_

### Preescolar a 5to Grado (Opcional)

#### HISTORIAL DEL NACIMIENTO

No conozco el historial del nacimiento

Cuidado prenatal:  Sí  No

El embarazo fue:  Normal     Complicado, \_\_\_\_\_  
Explique condiciones (Ej., toxemia, infección, parto prematuro, fumador, drogas, etc.)

Largura del embarazo: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: (Circule) Vaginal Cesárea Fórceps/Succión

El parto fue:  Normal  Complicado, \_\_\_\_\_  
Explique (Ej., requirió oxígeno, el bebé estaba virado, cordón alrededor del cuello, sangrado, etc.)

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Complicaciones del bebé al nacer: \_\_\_\_\_  
Explique (Ej., ictericia, requirió oxígeno, cuidado intensivo, etc.)

Largura de la estadía en el hospital: Madre \_\_\_\_\_    Bebé \_\_\_\_\_

#### HISTORIAL DEL DESARROLLO

No conozco el historial del desarrollo

Edad en que gateó: \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_ Habló primeras palabras \_\_\_\_\_ Tomó en vaso \_\_\_\_\_

Comió con sus manos \_\_\_\_\_ Usó el inodoro: Evacuar \_\_\_\_\_ Orinar \_\_\_\_\_

Preocupaciones en su edad temprana: \_\_\_\_\_

(Ej., habla, lenguaje, habilidad motora, desarrollo, etc.)

Preocupaciones adicionales: \_\_\_\_\_