

## Orange Unified School District Student Health Inventory

Date \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_ Male  Female   
*Last* *First* *Middle*

School Last Attended \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

HEALTH STATUS	NO	YES	DESCRIBE IF YES	NO	YES
ALLERGIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergic to:		
ASTHMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mild <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/></li> <li>• Specify type and/or cause of asthma attack: _____</li> <li>• Takes daily medication: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ If yes, specify: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Takes emergency medication: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ If yes, specify: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>		
BEE STING ALLERGY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Needs antihistamine tablet if stung</li> <li>• Needs adrenalin injection if stung</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DENTAL PROBLEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Has received dental care</li> <li>• Date of last dental exam: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tests blood routinely</li> <li>• Has glucagon injection</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EAR INFECTIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occasionally <input type="checkbox"/> Frequently <input type="checkbox"/></li> <li>• Under doctor's care:</li> <li>• Date of last doctor's visit: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPILEPSY OR SEIZURES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takes daily medication</li> <li>• If yes, specify: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEART CONDITION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under doctors care</li> <li>• Specify restrictions at school: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORTHOPEDIC PROBLEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under doctors care</li> <li>• Specify any restrictions at school: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERIOUS INJURY NOW OR IN PAST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specify: _____</li> </ul>		
OTHER ILLNESS NOW OR IN PAST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specify:</li> <li>• Takes daily medication <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ If yes, specify: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Takes emergency medication <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ If yes, specify: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>		
SURGERY/OPERATIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specify: _____</li> </ul>		
HAS HEALTH CONDITION WHICH PREVENTS PARTICIPATION IN REGULAR P.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specify condition and limitations: _____</li> </ul>		
HAS TROUBLE SEEING AT A DISTANCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wears glasses</li> <li>• Wears contact lenses</li> <li>• Date of last visit with eye doctor _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAS TROUBLE SEEING CLOSE UP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wears glasses</li> <li>• Wears contact lenses</li> <li>• Date of last visit with eye doctor _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAS TROUBLE HEARING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wears hearing aids</li> <li>• Specify any needs at school: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTHER HEALTH PROBLEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specify problem and any medications: _____</li> </ul>		

**Orange Unified School District**  
**Inventario con respecto a la salud del estudiante**

Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Niño  Niña   
*Apellido 1er. Nombre 2º Nombre*

Ultima Escuela a la que asistió \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CONDICION DE SALUD	NO	SI	DESCRIBA SI LA RESPUESTA ES "SI"	NO	SI
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alérgico a:		
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></li> <li>• Tipo y/o causa del ataque de asma: _____</li> <li>• Toma medicamento diario:     o Si toma, especifique el medicamento:</li> <li>• Toma medicamento de emergencia:     o Si toma, especifique el medicamento:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALERGIA a la PICADURA de ABEJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita pastilla de antihistamínica si es picado</li> <li>• Necesita una inyección de adrenalina si es picado</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha recibido cuidado dental</li> <li>• Fecha del último examen dental: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene exámenes de sangre diarios</li> <li>• Recibe una inyección de glucagon</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCION de OIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/></li> <li>• Bajo cuidado médico:</li> <li>• Fecha del último examen médico: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA o CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma medicamento diario</li> <li>• Si toma, especifique el medicamento: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDICION del CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo cuidado médico</li> <li>• Especifique restricciones que deba tener en la escuela: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA ORTOPEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo cuidado médico</li> <li>• Especifique restricciones que deba tener en la escuela: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOLPE SERIO Ahora o en el Pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Especifique:		
OTRAS ENFERMADADES de Ahora o del Pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique:</li> <li>• Toma medicamento diario     o Si toma, especifique medicamento:</li> <li>• Toma medicamento de emergencia     o Si toma, especifique medicamento:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGIAS/OPERACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Especifique:		
TIENE UNA CONDICIÓN de Salud que le Impide Participar en Educación Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Especifique condición y limitaciones:		
TIENE DIFICULTAD de VER de LEJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa anteojos</li> <li>• Usa lentes de contacto</li> <li>• Fecha de la ultima visita con el oftalmólogo _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE DIFICULTAD de VER de CERCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa anteojos</li> <li>• Usa lentes de contacto</li> <li>• Fecha de la ultima visita con el oftalmólogo _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE DIFICULTAD en OIR BIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa aparatos para oír</li> <li>• Especifique cualquier necesidad en la escuela:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS de SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Especifique problema y cualquier medicamento:		