

YUMA SCHOOL DISTRICT ONE HEALTH SERVICES

Grade / Room _____

Name _____ Birthdate _____ M/F Age _____ eSIS# _____
Address _____ Home # _____ Cell# _____ Pager# _____

Father/Guardian _____ Emp _____ Wk# _____ Cell# _____
Mother/Guardian _____ Emp _____ Wk# _____ Cell# _____
Family doctor _____ Phone _____

Health Insurance: AHCCCS _____ KidsCare _____ Premium Sharing _____ Under Insured _____
Uninsured _____ Native American _____ Other _____

Name of persons who could assume temporary responsibility in case of emergency or illness:

Local friend/relative _____ Home# _____ Wk# _____ Cell# _____
Local friend/relative _____ Home# _____ Wk# _____ Cell# _____

Please List brothers/sisters

Name _____ Age _____ Grade _____ School _____
Name _____ Age _____ Grade _____ School _____
Name _____ Age _____ Grade _____ School _____
Name _____ Age _____ Grade _____ School _____

Update Disease History: (give date or age)

Chickenpox _____ Bronchitis _____ Pneumonia _____ Hepatitis _____
Strep Infection _____ Mononucleosis _____ Rheumatic fever _____ Scarlet Fever _____
Tonsillitis _____ AIDS/HIV _____ Whooping cough _____ Meningitis _____
Tuberculosis/contact _____ Other _____

Update - - - Known health problems: (give dates and/or explain)

Asthma _____ Operations _____
Allergy (food/medicine/pollens) _____ Emotional problems _____
_____ Head injury _____
Diabetes _____ Hospitalizations _____
Heart condition _____ Fractures _____
Kidney/Bladder condition _____ Birth defect _____
Convulsions/Seizures _____ Crippling condition _____
Eye problem _____ Other _____
Ear problem _____

Is student on daily medication? _____ Y/N If yes, name of medicine : _____

Please list any immunizations your child received within the last year that were **not** given at school:

Previous attendance in YSD#1 schools? _____ Y/N If yes, please place a check by the school your child last attended:

___Alice Byrne ___Carver ___McGraw ___Price ___O C Johnson ___Palmcroft ___P Grove ___Roosevelt
___Rolle ___G Ham ___Otondo ___Desert Mesa ___CDMS ___FAJH ___GVJH ___WJH
___RWMS ___Sunrise

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

SERVICIOS DE SALUD DISTRITO ESCOLAR NUMERO UNO DE YUMA

Grado _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ M/F Edad ____ # eSIS _____
 Domicilio _____ Teléfono _____ Cell/localizer _____
 Madre/Tutor _____ Emp: _____ tel. de trabajo: _____ Cell/localizer _____
 Padre/Tutor _____ Emp: _____ tel. de trabajo: _____ Cell/localizer _____
 Doctor de la Familia _____ tel. _____

Seguro de salud: AHCCCS _____ KidsCare _____ Pago Compartido _____ Asegurado _____
 No asegurado _____ Native American _____ Otro _____

Nombre y parentesco de personas que pueden asumir responsabilidad temporal en caso de emergencia o enfermedad (Marque uno)

Amigo/Familiar _____ Tel. _____ tel. de trabajo: _____ Cell/localizer _____
 Amigo/Familiar _____ Tel. _____ tel. de trabajo: _____ Cell/localizer _____

Hermanos/Hermanas:

Nombre _____	Edad _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Edad _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Edad _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Edad _____	Grado _____	Escuela _____

Información - - - Nueva - - - a la Historia Medica: (Apunte fecha o edad)

Varicella _____	Bronchitis _____	Pulmonía _____	Hepatitis _____
Estreptococo _____	Mononucleosis _____	Fiebre Reumatica _____	Escarlata _____
Amigdalitis _____	SIDA/HIV _____	Tosferina _____	Meningitis _____
Tuberculosis/contacto _____	Otro _____		

Información - - - Nueva - - - problemas de salud: (Apunte fechas y/o explique)

Asma _____	Operación _____
Alergias (comida/medicina/polen) _____	Problemas _____
Emocionales _____	Heridas en la Cabeza _____
Diabetes _____	Hospitalizaciones _____
Enfermedades del Corazón _____	Fracturas _____
Enfermedades del riñon/del lunar _____	Defectos de Nacimiento _____
Convulsiones/ataques _____	Defectos físicos _____
Problemas de la vista _____	Otro _____
Problemas del oido _____	

Toma Medicina el estudiante diariamente en casa? ____ Si / No, Si responde si, nombre de la(s) medicina(s) _____

Por favor diganos que vacunas recibió su hijo durante el ultimo año que **no** fueron dadas en la escuela:

Alguna vez asistio el estudiante en Dist.#1? ____ Si/No Si responde si, selecte la escuela:

Alice Byrne Carver McGraw Price O C Johnson Palmcroft P Grove Roosevelt
 Rolle G Ham Otondo Desert Mesa CDMS FAJH GVJH WJH
 RWMS Sunrise

Firma de los Padres/Tutor _____ Fecha _____