

Pendleton School District

School _____ Date _____

Student's Legal Last Name	Student's Legal First Name	Student's Legal Middle Name	Date of Birth

IMPORTANT: If the student has a life-threatening condition, please contact the school's nurse prior to the student's first day of school. This form will need to be updated every year. Please provide the student's condition and details.

Notify the school if there are any changes in your student's health status.

Health Conditions ☐ None: *Student does not have any health conditions.*

- ☐ Life-threatening allergies: _____
- ☐ Non-life threatening allergy/sensitivities: _____
- ☐ Medication allergies: _____

☐ Diabetes ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ **See Nurse	☐ Seizures ☐ Absent ☐ Grand Mal Other: _____	☐ Mental Health ☐ Anxiety ☐ Bipolar ☐ Depression Other: _____	☐ Heart Condition ☐ Life Threatening ☐ Stable	☐ ADD ☐ ADHD
☐ Asthma	☐ Autism	☐ Bleeding Disorder	☐ Headaches/Migraines	☐ Traumatic Brain Injury
☐ Concussion Date: _____				
☐ Hearing ☐ Vision Last Exam: _____ ☐ Glasses ☐ Contacts				
☐ Other: _____				

If you have checked any of the boxes above, please complete the following:

Health Condition	How does the condition present itself? (what it looks like, time of year, what happens etc.)	Treatment and/or Medication

Parent/Guardian Signature

I verify that the above health information is accurate and complete, and I understand that it is my responsibility to notify the school office promptly of any changes to this information.

Parent/Guardian Printed Name: _____ Phone Number: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Distrito Escolar de Pendleton

Escuela _____ Fecha _____

Apellido legal del estudiante	Nombre legal del estudiante	Segundo nombre legal del estudiante	Fecha de nacimiento

IMPORTANTE: Si el estudiante tiene una condición potencialmente mortal, comuníquese con la enfermera de la escuela antes del primer día de clases del estudiante. Este formulario deberá actualizarse cada año. Por favor, proporcione la condición y los detalles del estudiante. **Notifique a la escuela si hay algún cambio en el estado de salud de su estudiante.**

Condiciones de salud ☐ Ninguna: *El estudiante no tiene ninguna condición de salud.*

- ☐ Alergias potencialmente mortales: _____
- ☐ Alergias/sensibilidades que no ponen en peligro la vida: _____
- ☐ Alergias a medicamentos: _____

☐ Diabetes ● Tipo 1 ● Tipo 2 **Ver Enfermera	☐ Convulsiones ● Ausente ● Gran Mal Otro: _____	☐ Salud mental ● Ansiedad ● Bipolar ● Depresión Otro: _____	☐ Afección cardíaca ● Amenaza a la vida ● Estable	☐ ADD ☐ TDAH Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
☐ Asma	☐ Autismo	☐ Trastorno hemorrágico	☐ Dolores de cabeza/migrañas	☐ Lesión cerebral traumática
☐ Conmoción Fecha: _____				
☐ Oído	☐ Vista	Último Examen: _____	● Lentes ● Lentes de contacto	
☐ Otro: _____				

Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, complete lo siguiente:

Estado de salud	¿Cómo se presenta la afección? (cómo es, época del año, qué sucede, etc.)	Tratamiento y/o medicación

Firma del Padre/Tutor

Verifico que la información de salud anterior sea precisa y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina escolar de inmediato sobre cualquier cambio en esta información.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor: _____ Número: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Date: _____