



NORTH MONTEREY COUNTY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CONFIDENTIAL HEALTH QUESTIONNAIRE 2017-2018

Student's Last Name, First Name, Date of Birth, School, Grade, Teacher

Parent/Guardian emergency contact: Name(s), Home number, Cell number, Other

Doctor's Name, Doctor's Phone Number, Hospital of preference: Salinas Valley Memorial, Natividad

NO KNOWN HEALTH PROBLEMS

Check only those that apply and return to school office

ADHD/ADD, Asthma, Severe Allergies, Diabetes, Heart problems, Orthopedic, Seizure Disorder

Please list any other important health or behavioral information that may affect your child while at school that we should be aware of:

Requires medication: Yes No, Given at School: Yes No

Calif. Ed. Code 49423 - Students taking medication at school need an "Authorization for Medication" form completed annually. This form must be on file with the school before medication can be given.

Parent/Legal Guardian Signature: Date: I understand that North Monterey County Unified School District will protect this information as prescribed by the Family Equal Rights Protection Act (FERPA) and that the information becomes part of the student's permanent educational record.

Our district submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and health services provided to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any school health services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's medical billing services company. Insurance Company Name:

Parent/Legal Guardian Signature: Date:

(Front office staff please forward to Special Services)



NORTH MONTEREY COUNTY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

CONFIDENTIAL HEALTH QUESTIONNAIRE 2017-2018

	Grado	Maestro(a)		
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	
Contacto de Emergencia del Padre/Tutor:				
	Nombre(s)	# Telefónico	# de celular	Otro
	Nombre(s)	# Telefónico	# de celular	Otro
Nombre del Doctor	# Telefónico del Doctor	Hospital de Preferencia: <input type="checkbox"/> Salinas Valley Memorial <input type="checkbox"/> Natividad		

ESTUDIANTE NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD

* * * * * **Favor de marcar los que apliquen.** * * * * *

* * * **Favor de regresar este formulario a la Oficina de la Escuela de su hijo(a)** * * *

<input type="checkbox"/> ADHD/ADD:	¿Requiere medicamento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Lo tomara en la escuela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma:	¿Requiere medicamento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Lo tomara en la escuela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alergias Severas:	¿Severamente alérgico a? _____			¿Requiere "Epi-Pen" (inyección)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Síntomas que ocurren: _____					
<input type="checkbox"/> Diabetes:	Tipo I <input type="checkbox"/>	Tipo II <input type="checkbox"/>			Medicamentos:	Oral <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Pompa <input type="checkbox"/>
	¿Lo tomara en la escuela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón:	Diagnóstico: _____			¿Requiere medicamento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	¿Lo tomara en la escuela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Restricciones Físicas? _____		
<input type="checkbox"/> Ortopédico:	Condición ortopédico: _____			¿Limitaciones físicas? _____		
<input type="checkbox"/> Convulsiones:	¿Fecha de la última convulsión? _____			¿Requiere medicamento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	¿Lo tomara en la escuela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

Favor de anotar información importante de salud y/o de comportamiento que puede afectar a su hijo/a en la escuela al cual debemos estar conscientes:

¿Requiere medicamento? Si No ¿Lo tomara en la escuela? Si No

Calif. Ed. Code 49423 – Estudiantes tomando medicamentos en su escuela tienen que llenar el formulario "Autorización para Medicamentos" cada año escolar. Este documento absolutamente tiene que estar en los archivos de la escuela antes de darle su medicamento.

• **Firma del Padre/Tutor:** _____ **Fecha:** _____

Al firmar entiendo que el Distrito Escolar Unificado del Condado Norte de Monterey protegerá esta información como prescrita por la Acta Familiar de Protección de Derechos conocida como Family Equal Rights Protection Act (FERPA) en inglés y la información será parte del record permanente del estudiante. Esta información será compartida apropiadamente con individuos trabajando en o con el distrito escolar ofreciendo programas educativos menos restrictivos y servicios de salud seguros y apropiados.

Nuestro distrito entrega reclamos a Medi-Cal para servicios y exámenes básicos de salud a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan proporcionar servicios de salud adicionales para todos los estudiantes del distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por los servicio de salud escolar. Doy mi consentimiento para facturar a Medi-Cal / Compañías de seguros médicos por los servicios de salud en la escuela de mi hijo(a) y para el intercambio de información de facturación con la compañía de servicios de factura medica del distrito.

Nombre de Compañía de Seguro Medico: _____

• **Firma del Padre/Tutor:** _____ **Fecha:** _____

(Front office staff please forward to Special Services)