

PALMDALE SCHOOL DISTRICT
Health Appraisal Report – Enrollment Form

Pupil's name	Male Female (Circle one)	Grade	Birthdate
Health Problems		Phone	

Dear Parent: Your child's success in school depends, to a great extent, on his/her physical well being. In order to care for your child better here at school we request that you complete the following form:

I UNDERSTAND THIS HEALTH INFORMATION IS CONFIDENTIAL AND WILL BE GIVEN ONLY TO TEACHERS AND SCHOOL PERSONNEL WHO ARE INVOLVED WITH MY CHILD.

Signature Date

ILLNESS (Past or Present)	Yes	No		Yes	No		Yes	No
Measles (10 day)			Convulsions/Seizures			Vision Problems		
German Measles (3 day)			Frequent Stomach aches			Wears Glasses – all of the time		
Chickenpox			Frequent Nosebleeds			Wears Glasses – some of the time		
Mumps			Frequent Sore Throat & Colds			Frequent Ear Infections/Aches		
Rheumatic Fever			Frequent Severe Headaches			Hearing Loss/Under Care		
Scarlet Fever			Dizziness, Fainting Spells			Hearing Aid		
Meningitis			Mouth Breather			Speech Difficulties		
Diabetes			Sucks Thumb			Therapy for Speech Problems		
Asthma			Bed Wetting/Urinary Problems			Other		

Yes	No	
		1. Does your child have allergies? Please list:
		2. Does your child take Medication? If yes, give type, amount and reason:
		3. Has s/he had any serious accidents? If yes, explain further:
		4. Has s/he had any operations? If yes, explain:
		5. Has s/he been hospitalized: If yes, explain:
		6. Is s/he under care of a doctor now? Explain:
		7. Does your child have limited physical activity?

DISTRITO ESCOLAR DE PALMDALE
REPORTE DE EVALUACION DE SALUD – FORMULARIO DE INSCRIPCION

Nombre del estudiante	Hijo Hija (Ponga un círculo)	Grado	Fecha de Nacimiento
Problemas de salud		Telefono	

Estimados Padres: El buen éxito de su hijo/a en la escuela depende de su salud física.

ENTIENDO QUE LA INFORMACION DE LA SALUD DE MI HIJO/A ES CONFIDENCIAL Y QUE SOLO LA MAESTRA Y EL PERSONAL DE LA ESCUELA OBTENDRAN ESTA INFORMACION.

Firma de los padres Fecha

ENFERMEDADES QUE TIENE O HA TENIDO	Si	No	Si	No	Si	No
Sarampión (10 días)			Convulsiones/ataques			Problemas de la visión
Sarampión (3 días)			Frecuente dolor del estómago			Usa lentes todo el tiempo
Viruelas locas			Frecuentemente sangra de la nariz			Usa lentes algunas veces
Paperas			Frecuente dolor de garganta/catarro			Frecuente Infección/dolor de oído
Fiebre Reumática			Frecuente dolor de cabeza grave			Leve sordera/bajo cuidado médico
Fiebre Escarlata			Desmayos/mareos			Audifonos
Meningitis			Respira por la boca			Dificultad para hablar
Diabetis			Se chupa el dedo			Ayuda para problemas del habla
Asma			Moja la cama/problemas de la orina			Otros problemas

Si	No	Pregunta
		1. ¿Tiene alergias? ¿Qué Tipo?
		2. ¿Toma medicina? ¿Qué clase? ¿Qué cantidad?:
		3. ¿Ha tenido operaciones? ¿De qué clase?:
		4. ¿Ha tenido algún accidente grave?:
		5. ¿Ha estado en el hospital? ¿Por qué razon? ¿Cuándo?:
		6. ¿Está al cuidado de un doctor al presente?:
		7. ¿Está limidata la actividad física de su hijo/a?