



<p align="center">Health Information</p> <p>Medical alerts/allergies:</p> <p>Receives daily medication during school hours (Y/N): Wears glasses and/or contact lenses (Y/N):</p>	<p>This student's health information may be shared with pertinent school staff if necessary to maintain well being and safety.</p> <p>Parent/Guardian will call the school if student will be absent/late.</p> <p>_____</p> <p>Signature Date</p>
--	---

Describe any medical/surgical care your child has received during the past year:

HEALTH CARE PROVIDER INFORMATION (for emergency treatment when we are unable to contact you):		
Contact Type	Contact Name	Contact Number
Hospital		
Doctor		
Dentist		
Does your child have health insurance coverage?	Please sign here to indicate that we have your permission to call the physicians listed or to have your child taken to the hospital when you are not available or in an emergency.	
If yes, what is the name of the insurance company?		
	_____	_____
	Signature	Date
<p>NJ Family Care provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents. For more information call 800-701-0710 or visit www.njfamilycare.org to apply online. You may release my name and address to the NJ Family Care Program to contact me about health insurance.</p>		
Signature:	Printed Name:	Date:
For School Use Only		
Student ID:	Date filed:	
Date Updated in Database:	Initials:	



Información de Salud	<p>La información de salud de este estudiante se puede proveer al personal docente pertinente si fuese necesario para el mantenimiento del bienestar y la seguridad.</p> <p>Un padre o tutor llamará a la escuela si el estudiante se ausentara o llegará de retraso.</p>
Alertas médicas/Alergias:	
Recibe medicamentos diarios durante las horas escolares (Si/No):	
Usa anteojos y/o lentes de contacto (Si/No):	
	<hr/> Firma Fecha

Describa si su hijo/hija recibió tratamiento de medicina o cirugía durante el año pasado:

INFORMACIÓN SOBRE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD (para tratamiento de emergencia si no logramos hacer contacto con usted):		
Tipo de contacto	Nombre del contacto	Numero del contacto
Hospital		
Doctor		
Dentista		
¿Tiene su hijo/hija seguro médico?	<p>Por favor firme abajo para indicar que tenemos su autorización para hacer contacto con los médicos indicados o para hacer llevar a su hijo/hija al hospital cuando usted no esté disponible o en caso de emergencia.</p>	
Si es el caso, ¿cuál es la compañía de seguro?		
	<hr/> Firma Fecha	
<p>NJ Family Care provee seguro médico gratuito o a bajo costo para aquellos niños sin seguro médico y ciertos padres de familia de bajos ingresos. Para más información llame al 800-701-0710 o visite al www.njfamilycare.org para solicitar por internet. Usted puede proveer mi nombre y dirección al programa NJ Family Care para que me manden información sobre el seguro médico.</p>		
Firma:	Nombre en letra de imprenta:	Date:
Únicamente para el uso de la escuela		
Student ID:	Date filed:	
Date Updated in Database:	Initials:	



SCHOOL HEALTH SCREENINGS

Each district Board of Education shall ensure that students receive health screenings.

1. Screening for height, weight, and blood pressure shall be conducted annually for each student in kindergarten through grade 12.
2. Screening for visual activity shall be conducted biennially for students in kindergarten through grade 10.
3. Screening for auditory acuity shall be conducted annually for students in kindergarten through grade three and in grades seven and 11 pursuant to N.J.S.A. 18A:40-4.
4. Screening for scoliosis shall be conducted biennially for students between the ages of 10 and 18 pursuant to N.J.S.A. 18A:40-4.3.

I give permission for screenings to be done as above by the school nurse as long as my child attends Hackensack Public Schools.

Note: Any parent not wishing to have screenings, please notify the school nurse in writing.

EXÁMENES DE SALUD ESCOLAR

Cada Junta de Educación se asegurará de que los estudiantes reciban exámenes de salud.

1. La evaluación de la altura, el peso y la presión arterial se realizará anualmente para cada alumno desde kinder/jardín hasta el grado 12.
2. La evaluación de la agudeza visual se realizará cada dos años para los estudiantes de kinder/jardín hasta el grado 10..
3. La evaluación de la agudeza auditiva se realizará anualmente para los estudiantes de kinder/jardín hasta el tercer grado y en los grados 7 y 11 conforme a N.J.S.A. 18A:40-4.
4. La evaluación de la espalda para escoliosis se realizará cada dos años para estudiantes entre las edades de 10 y 18 años, de conformidad con N.J.S.A. 18A:40-4.3.

Doy permiso para que la enfermera de la escuela realice las evaluaciones como se indica arriba siempre que mi hijo asista a las Escuelas Públicas de Hackensack.

Nota: Cualquier padre/tutor que NO desee que su hijo(a) reciba exámenes de salud, por favor notifique a la enfermera de la escuela por escrito.



STUDENT HEALTH HISTORY

Child's Name _____ Date of Birth _____

Address _____ Phone # _____

Please complete the following health history in order to keep our records current.

	YES	NO	If yes, please indicate date	Treatment and/or restrictions recommended by physician
Allergies**	_____	_____	_____	_____
Asthmas	_____	_____	_____	_____
Blood disorders	_____	_____	_____	_____
Chicken Pox	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Head Injury	_____	_____	_____	_____
Headaches	_____	_____	_____	_____
Heart problems	_____	_____	_____	_____
Hearing problems	_____	_____	_____	_____
Seizures	_____	_____	_____	_____
Skin conditions	_____	_____	_____	_____
Speech/language	_____	_____	_____	_____
Urinary problems	_____	_____	_____	_____
Vision/Glasses	_____	_____	_____	_____
Other	_____	_____	_____	_____

****Specific Allergies:** _____

Any other information related to health: Yes ___ No ___

Explain: _____

Has your child ever been hospitalized for illness or surgery: Yes ___ No ___ If yes, what year _____

Explain: _____

Is your child presently taking a prescription medication: Yes ___ No ___

If yes, please indicate the name of medication, dosage, time of day given, and reason for use.

Birth Weight _____ Full Term ___ Premature ___

Were there any problems during pregnancy or birth: Yes ___ No ___

Explain: _____

I give permission to share this information with appropriate school staff.

Signature of Parent/Guardian

Date



REGISTRO DE SALUD ESTUDIANTIL

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Favor de completar las siguientes preguntas.

	SI	NO	Al indicar "SI" de la fecha	Tratamiento/restricción medica por Doctor
Alergias**	_____	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	_____
Problemas de sangre	_____	_____	_____	_____
Varicella	_____	_____	_____	_____
Diabetis	_____	_____	_____	_____
Heridas a la cabeza	_____	_____	_____	_____
Dolores de cabeza	_____	_____	_____	_____
Problemas de corazón	_____	_____	_____	_____
Problemas de oído	_____	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	_____
Problemas en la piel	_____	_____	_____	_____
Problemas en hablar	_____	_____	_____	_____
Problemas de urinarios	_____	_____	_____	_____
Vision	_____	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____	_____

****Tipo de alergias:** _____

Otros problemas de salud: Si ___ No ___

Explique: _____

¿Ha estado hospitalizado el niño/a?: Si ___ No ___ Fecha _____

Explique: _____

¿Esta tomando su hijo/hija una medicina recetada?: Si ___ No ___

Indique el nombre de la medicina, dosis, cuando la toma y la razón.

Peso del niño/niña al nacer _____ De nueve meses? ___ Prematuro ___

¿Tuvo la madre problemas durante el embarazo o el parto?: Si ___ No ___

Explique: _____

Tienen mi permiso para compartir esta información con directores de la escuela.

Firma del Padre / Tutor

Fecha



NEW ENTRANTS REQUIREMENTS

Immunizations

Documentation from a doctor or clinic is needed for: Diphtheria, Pertussi & Tetanus (DPT), Polio, Measles, Mumps, Rubella (MMR), Haemophilus B Influenza (HIB), Hepatitis B, Varivax, Prevnar, Flu, and Meningitis.

Physical Exam

All new students must have a physical exam done by their private doctor. An exam done within a year of entering school will be acceptable. Please have your family doctor complete this form and return it to school.

NAME _____

DATE OF BIRTH _____

SCHOOL _____

GRADE _____ ROOM _____

IMMUNIZATIONS: (Month, Day, Year)

PHYSICAL EXAMINATION: Date: _____
N=Normal; if abnormal, please explain

DPT	/ /	/ /	/ /	/ /
Boosters	/ /	/ /	/ /	/ /
Polio	/ /	/ /	/ /	/ /
Boosters	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB	/ /	/ /	/ /	/ /
HEP B	/ /	/ /	/ /	/ /
PREVNAR	/ /	/ /	/ /	/ /
VARIVAX	/ /	/ /	/ /	/ /
FLU	/ /	/ /	/ /	/ /
MENINGITIS	/ /	/ /	/ /	/ /

Height _____ Wt _____ B/P _____

Vision: R _____ L _____

Hearing: R _____ L _____

Nose _____ Heart _____

Throat _____ Murmur _____

Neck _____ Abdomen _____

Lungs _____ Extremities _____

Mouth _____ Scoliosis _____

MANTOUX - Date Given: ___ / ___ / ___

Past Medical History: _____

Result _____ Date Read: ___ / ___ / ___

Accidents: _____

Please fill out immunizations for new entrant or if recent
Booster has been given.

Operations: (Give Dates): _____

Full participation in physical education: YES ___ NO ___

Medications: _____

Unusual Diseases or Contagion: _____

Signature of Physician
Please Stamp