



GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

140 Saratoga Ave.
Amsterdam, NY 12010
(518) 843-3180

HEALTH REGISTRATION FORM

Student's Name: _____ Sex: _____ Date of Birth: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Does your child have any condition which may result in a classroom emergency, restrict his/her activities while in school or need extra attention? Heart condition, epilepsy, fainting, diabetes, emotional problems, ect.?

Is there any physical defect which limits participation in classroom activities? Yes No
If yes, what are they? _____

Is there any physical defect which limits participation in physical education class? Yes No
If yes, what are they? _____

Does your child have asthma? Yes No

Does your child have Eczema? Yes No Other _____

Does your child have allergies? Yes No
If yes, what are they? _____

Does your child wear glasses? Yes No Other Vision Problems _____

Does your child take any medication while in school? Yes No
If yes, what medication do they take and for what condition? _____

Does your child take medication **only** at home? Yes No
If yes, what medication do they take and for what condition? _____

Are your child's immunizations up-to-date? Yes No
If no, what immunizations are needed? _____

Communicable diseases and dates: _____

Give details of any illness, accident, operation, hearing or vision problem: _____

We must have a statement from your doctor if you answered YES to any of the health questions. A note from your physician is also required to administer medication in school (this includes over the counter medications such as Tylenol or Benadryl) Please obtain this documentation and forward it to the nurse of your child's school.

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____



GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

140 Saratoga Ave.
Amsterdam, NY 12010
(518) 843-3180

Formulario de Registro de Salud

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Doctor de Familia: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo(a) tiene alguna condición que puede resultar en una emergencia en el salón de clases, restricción en sus actividades mientras está en la escuela, o necesita atención adicional? Condición del corazón, epilepsia, desmayos, diabetes, problemas emocionales, etc.?

¿Hay algún defecto físico que limita la participación en las actividades de clase? Sí No

En caso afirmativo, cuáles son? _____

¿Hay algún defecto físico que limita la participación en la clase de educación física? Sí No

En caso afirmativo, cuáles son? _____

¿Su hijo(a) padece de asma? Sí No

¿Su hijo(a) padece de Eczema? Sí No Otro _____

¿Su hijo(a) padece de alergias? Sí No

En caso afirmativo, cuáles son? _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento, mientras asiste a la escuela? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) toma y para qué condición? _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento **solamente** en la casa? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) toma y para qué condición? _____

Tiene su hijo(a) las vacunas al día? Sí No

Si no ¿que inmunizaciones necesita? _____

Enfermedades Transmisibles y Fechas: _____

Dar detalles de cualquier enfermedad, accidente, operación, problemas de audición o visión: _____

Tenemos que tener una declaración de su doctor si contestó Sí a cualquiera de las preguntas de salud.

También se requiere una nota de su doctor para administrar medicamentos en la escuela (esto incluye tales medicamentos de Tylenol o Benadryl). Por favor, obtener esta documentación y devolverla a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Firma de Padre / Tutor: _____ Fecha: _____