

Forestville Union School District

Phone: 707-887-2279

6321 Hwy 116 Forestville, CA 95436

Fax 707-887-2185

School Entry Health Information

West Sonoma County Consortium
School Nurse Services

Student's Name: _____ Date: _____

School: _____ D.O.B. _____ Male: _____ Female: _____

Parent's Names: _____

Pregnancy / Delivery

Full term _____ Preterm _____ Number of Siblings _____

Indicate any of the following during pregnancy: Illness _____

Excessive vomiting _____ Accidents/injuries _____

Medication _____ Alcohol / Drugs / Cigarettes _____

Infant active in utero _____ Duration of labor _____ Birth Weight _____

Type of delivery: Vaginal _____ Head first _____ Breech _____ Caesarian _____

Forceps _____ Vacuum extractor _____ Other _____

Infant's condition: Good _____ Blue _____ Needed oxygen _____ Incubator _____

Cord around neck _____ Jaundiced _____ Went home with mother _____

Other information: _____

Development History

Age sat _____ Age walked _____ Age talked, one word _____ Age talked, short sentences _____

Toilet trained _____ Preschool experience _____

Past & present difficulties with sleeping &/or eating _____

Energy level: Low _____ Average _____ High _____ Very High _____

Failure to thrive _____ Behavioral concerns _____

Other information: _____

Health History (include ages)

Ear infections _____ Ear tubes _____ Hearing problems _____

Vision problems _____ Glasses _____

Heart problems _____ Communicable diseases _____

Seizures: Type _____ High Fevers (105 or higher) _____

Allergies _____

Asthma (indicate triggers & frequency) _____

Illnesses _____ Injuries _____

Hospitalizations _____ Surgeries _____

Medications _____

Any restricting conditions _____

Generally healthy _____ Seems to be sick frequently _____

Doctor _____ Date of last exam _____

Dentist _____ Date of last exam _____

Other information _____

Please comment or give additional information _____

Thank you, Your School Nurse

Forestville Union School District

Phone: 707-887-2279

6321 Hwy 116 Forestville, CA 95436

Fax 707-887-2185

Informacion De Salud

Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre del estudiante _____ M _____ F _____

Nombre de los padres _____

Embarazo / Parto

Numero de embarazos _____

Enfermedades _____ Vomitos excesivos _____

Accidentes _____ Bebe activo en el utero _____

Medicacion / drogas _____ Alcohol _____ Fumar _____

Duracion del parto _____ Peso de nacimiento _____

Tipo de nacimiento: Vaginal _____ Cesarea _____ Cabeza Primero _____ Pinzas _____ Pies primero _____ Aspirador _____

Condicion del bebe: Buena _____ Azul _____ Necesito oxigeno _____ Incubadora _____ Cordon alrededor del cuello _____

Fue a la casa con la mama _____

Historia de desarrollo:

Edad en que se sento _____ Edad en que camino _____ Edad en que hablo una palabra _____ Edad en que hablo frases de dos

palabras _____ Edad en que termino con los panales _____ Problemas para dormir _____

Nivel de energia: Bajo _____ Mediano _____ Alto _____ Muy alto _____

Problemas para comer _____ Problemas de comportamiento _____

Historia de salud (incluya edades)

Infecciones de oidos _____ Tubos en los oidos _____

Problemas de oidos _____ Problemas de vista _____

Fiebres altas (105 o mas altas) _____ Problemas del corazon _____

Ataques: Tipo _____ Frecuencia _____

Alergias _____ Asma _____

Enfermedades contagiosas _____

Enfermedades _____

Accidentes _____

Estadia en hospital _____

Medicaciones _____

Alguna condcion restrictive _____

Doctor _____ Dentista _____

Thank you, Your School Nurse