

## REFERRAL FOR ASSESSMENT OF SPECIAL HEALTH CARE SERVICES

***TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN AT THE TIME OF REGISTRATION.***

***NOTE: If any indicators of significance have been checked, the student will be referred to the school nurse for further evaluation.***

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_

Please complete the following by placing a check mark at each item that may apply to your child.

- Has a birth defect or developmental disability.  
(Ex: Spina Bifida, Mental Retardation, Down Syndrome)
- Takes medication(s) which may need monitoring or administration at school.  
(Ex: topical, injectable, oral, inhaled, or rectal medication)
- Has been or presently is under the care of a doctor for a significant medical condition.  
(Ex: seizure condition, diabetes, uses oxygen, gastrointestinal tube, tracheostomy, acute allergic reaction)
- Has a significant physical impairment.  
(Ex: uses orthopedic devices or a wheelchair; has impaired vision or hearing)
- Requires special health care procedures to be performed at school.  
(Ex: intermittent catheterization, suctioning, tube feeding, percussion)
- Requires special medical equipment or appliances at school.  
(Ex: oxygen tank, feeding tubes, suctioning machine, slow volume nebulizer [svn] machine)
- Has a significant history of medical problem(s) which could affect his/her health status at school.
- Has a behavioral concern that may impact school performance.
- Has no history of significant medical problems.

List any concerns about your child's health status.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**REFERENCIA PARA VALORACIÓN DE  
SERVICIOS ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD**

**PARA SER LLENADO POR UN PADRE/GUARDIÁN DURANTE LA MATRÍCULA.**

**NOTA: Si se ha marcado cualquier indicador importante, el estudiante será referido a la enfermera para otra evaluación.**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Por favor complete la información siguiente, marcando cada punto que pueda ser aplicable a su hijo/a.

- Tiene un defecto de nacimiento o discapacidad del desarrollo.  
(Por ejemplo: Espina Bífida, Retardo Mental, Síndrome de Down)
- Toma medicina(s) que pueden necesitar ser controladas o administradas en la escuela.  
(Por ejemplo: medicina tópica, inyectable, oral, inhalable o rectal)
- Ha estado o está al presente bajo cuidado médico por una condición médica seria.  
(Por ejemplo: convulsiones, diabetes, usa oxígeno, tubo gastrointestinal, traqueostomía, reacción alérgica aguda)
- Tiene un daño físico significativo.  
(Por ejemplo: usa aparatos ortopédicos o silla de ruedas; tiene deterioro de la visión o audición)
- Requiere que se ejecuten procedimientos especiales de cuidado de la salud en la escuela.  
(Por ejemplo: cateterización intermitente, succión, alimentación por tubos, percusión)
- Requiere equipo médico o aparatos especiales en la escuela.  
(Por ejemplo: tanque de oxígeno, tubos de alimentación, máquina de succión, máquina nebulizadora [svn])
- Tiene una historia significativa de problema(s) médico(s) que podría(n) afectar el estado de su salud en la escuela.
- Tiene una dificultad de comportamiento que puede afectar su desempeño en la escuela.
- No tiene historia de problemas médicos significativos.

Enumere sus inquietudes acerca del estado de salud de su hijo/a.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**