INTERNATIONAL SCHOOL OF LATVIA

*** To be completed by **PARENTS** ***

MEDICAL HISTORY FORM

Student Name: ____

1. CURRENT MEDICAL HISTORY – Please check which health problems your child currently has:

	YES	NO	DESCRIBE
Allergy			If **yes**, fill out the *Allergy Form*
Anemia			
Asthma			If **yes**, fill out the *Asthma Form*
Diabetes			If **yes**, fill out the *Diabetes Form*
Emotional issues (anxiety, depression)			
Headaches			
Heart problem			
Hearing problem			
Learning disability (dyslexia, ADHD, autism)			
Nosebleeds			
Seizure disorder (epilepsy)			If **yes**, fill out the *Seizure Disorder Form*
Special diet			
Speech problem			
Vision problem			
Other:			

2. Does your child take any medications? [ ] YES [ ] NO

How often? [ ] every day [ ] only when needed

Please list all medications below:

Name of medication	Dosage & when taken

3. Does your child need medicine to be given by the School Nurse during the school day? [ ] YES [ ] NO

If **YES**, please see the School Nurse.

4. PAST MEDICAL HISTORY - Please check off which health problems your child has had:

	YES	NO	DESCRIBE
Chicken Pox *(varicella)*			
Previous surgeries			
Serious Illnesses / Injuries			

5. Are there any restrictions on your child's participation in school activities? [ ] YES [ ] NO

If **YES**, please provide a detailed note from your doctor.

6. I agree that First Aid may be provided to my child by the School Nurse. [ ] YES [ ] NO

If **NO**, please give other alternative(s) to follow.

Parent/Guardian Signature: ____ ***Date:*** ____________

Meistaru iela 2, Pi i, Babites pag., Babites novads LV – 2107, Latvia
Tel: +371-67755146 Fax: +371-67755009 Email: frontdesk@isl.edu.lv Web: www.isl.edu.lv

Accredited by the Council of International Schools (CIS) and the New England Association of Schools and Colleges (NEASC)

** To be completed by **PARENTS** **

SLIMĪBAS VĒSTURES FORMA

Bērna vārds: ____

1. PATREIZĒJĀ SLIMĪBAS VĒSTURE – Lūdzu parādīt kuras veselības problēmas pašreiz ir jūsu bērnam:

	Jā	Nē	Lūdzu izskaidro
Alerģijas			Ja **jā,** tad aizpildiet *Alerģijas Formu*
Mazasinība			
Astma			Ja **jā**, tad aizpildiet *Astmas Formu*
Diabēts			Ja **jā**, tad aizpildiet *Diabēta Formu*
Emocionāla rakstura sarežģījumi (trauksme, depresija)			
Galvassāpes			
Sirdslimība			
Dzirdes defekts			
Mācīšanās traucējumi (disleksija, uzmanības deficīta sindroms, autisms)			
Deguna asinošana			
Epilepsija			Ja **jā**, tad aizpildiet *Epilepsijas Formu*
Īpaša dieta			
Valodas defekts			
Redzes defekts			
Cits:			

2. Vai jūsu bērns lieto medikamentu(us) ikdienā? **[ ]** JĀ [ ] NĒ

Cik bieži? **[ ]** ikdienā [ ] tikai kad nepiespiešams

Lūdzu norādiet kādus:

Medikaments(i)	Deva un kā lieto

3. Vai mūsu skolas medmāsai jūsu bērnam jāsniedz medikamenti mācību dienas laikā? [ ] JĀ [ ] NĒ

*Ja **JĀ**, lūdzu sazinieties ar skolas medmāsu.*

4. IEPRIEKŠĒJĀ SLIMĪBAS VĒSTURE – lūdzu parādīt kuras veselības problēmas ir bijušas jūsu bērnam:

	Jā	Nē	Izskaidro
Vējbakas *(varicella)*			Datums:
Iepriekšējas operācijas			
Nopietnas saslimšanas/traumas			

5. Vai pastāv ierobežojumi bērna dalībai sporta jeb citās skolas nodarbības? [ ] JĀ [ ] NĒ

*Ja **JĀ**, lūdzu iesniedziet ģimenes ārsta iesniegtu izziņu.*

6. Apliecinu, ka pirmo medicīnisko palīdzību manam bērnam var sniegt skolas medmāsa. [ ] JĀ [ ] NĒ

*Ja **NĒ**, lūdzu paskaidrot alternatīvus kuriem jāseko.*

Vecāka/Aizbildņa paraksts: ____ ***Datums:*** ____________