see to succeed™ HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

Student Information Form

To be completed by school staff.
Student ID -
School Name -

Student Name:_____ Birth date:_____ Grade:_____ ❑Male ❑Female

Student Address:_____ City:_____ State:_____ Zip:_____

Race *(Check All That Apply)*

❑ Black or African American ❑ Native Hawaiian or Pacific Islander ❑ Asian
❑ American Indian or Alaska Native ❑ White ❑ Other ❑ Don't Know

Ethnicity *(Check Only One)*

❑ Hispanic
❑ non-Hispanic

Parent/Guardian Name:_____ Phone Number:_____

Additional Contact Name:_____ Phone Number:_____

Indicate which methods we have permission to reach you: Preferred language: _____

❑ Home Phone: _____ Mobile Phone: _____ ❑ Text Message
❑ Voicemail ❑ Mail ❑ Email _____

Please complete the insurance section below so we may bill for eligible services provided and help coordinate any follow-up or referral care. **Your child will still receive an exam and glasses (if needed) regardless of insurance status, no cost to you.**

❑ Medicaid ❑ Private Insurance Medical Insurance:_____ Member ID:_____
❑ CHIP ❑ No Insurance Vision Insurance:_____ Member ID:_____

Number of members in household: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 or more

Yearly income of household: ❑$0 - $20,000 ❑$20,001 - $35,000 ❑$35,001 - $40,000 ❑$40,001 - $50,000 ❑≥ $50,001

Would you/your family be interested in receiving resources/information for any of the following:
helter, transportation, childcare, counseling, food insecurities, rent/utilities assistance, medical/dental provider, insurance, nutrition classes, smoking cessation. ❑ **Yes** ❑ **No**

(By selecting yes – you agree to be contacted by a Human Services Representative to connect you to requested services.)

Student Health History

When was the last time your child had an eye exam? Month: _____ Year: _____ ❑ This will be the first time

Does your child have any eye problems? Please explain: _____

_____

Any recent or major surgeries? ❑ NONE ❑ Surgeries and dates: _____

My child is allergic to: ❑ NONE ❑ Allergies: _____

My child is taking these medications: ❑ NONE ❑ Medications: _____

Has your child ever had any of the following?

	(circle response)		Year
Uses glasses	No	Yes	_____
Uses contact lenses	No	Yes	_____
Cataracts	No	Yes	_____
Color vision defect	No	Yes	_____
Double vision	No	Yes	_____
Dry eyes	No	Yes	_____
Eye infections	No	Yes	_____
Eye surgery	No	Yes	_____
Flashes of light	No	Yes	_____
Floaters	No	Yes	_____
Glaucoma	No	Yes	_____
Lazy Eye/Amblyopia	No	Yes	_____
Patching therapy	No	Yes	_____
Vision therapy	No	Yes	_____

Does your child have any of the following conditions?

	(circle response)		Year Diagnosed
ADHD	No	Yes	_____
Asthma	No	Yes	_____
Autism	No	Yes	_____
Diabetes	No	Yes	_____
Epilepsy	No	Yes	_____
Headaches	No	Yes	_____
High blood pressure	No	Yes	_____
Seizures	No	Yes	_____
Sinus problems	No	Yes	_____
Cerebral Palsy	No	Yes	_____
Down Syndrome	No	Yes	_____

Is your daughter currently pregnant? No / Yes

Other: _____

see to succeed. HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

Formulario de Información del Estudiante

To be completed by school staff:
Student ID -
School Name -

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mes/día/año) Grado: _____

Dirección de estudiante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Raza (marque todas las que apliquen)
❑ Negro o Afroamericano ❑ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico ❑ Asiático
❑ Nativo de América del Norte o Alaska ❑ Raza Blanca ❑ Otro ❑ No lo sé

Etnicidad (solo una)
❑ Hispano
❑ No Hispano

Genero
❑ Hombre
❑ Mujer

Nombre de padre, madre o guardián: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del contacto adicional: _____ Número de teléfono: _____

Indique que métodos da permiso para comunicarnos con usted: Idioma preferido: _____
❑ Teléfono de casa: _____ ❑ Teléfono móvil: _____ ❑ Mensaje de texto
❑ Mensaje de voz ❑ Correo ❑ Correo electrónico _____

Complete la información del seguro médico o aseguranza a continuación, para que podamos facturar por los servicios elegibles y también poder ayudar a coordinar cualquier cita de seguimiento o referido necesario. **Su hijo/a recibirá el examen aun si no está asegurado, sin ningún costo para usted.**

❑ Medicaid ❑ Seguro Privado Seguro Médico: _____ # de miembro: _____
❑ CHIP ❑ Sin seguro Seguro de Vista: _____ # de miembro: _____

Número de personas en el hogar: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 o mas

Ingreso anual del hogar: ❑$0 - $20,000 ❑$20,001 - $35,000 ❑$35,001 - $40,000 ❑$40,001 - $50,000 ❑≥ $50,001

¿Usted o su familia estarían interesados en recibir recursos o información para cualquiera de los siguientes: vivienda, transporte, cuidado de niños, asesoramiento, inseguridad alimentaria, asistencia con el alquiler/servicios públicos, proveedor médico/dental, seguro, clases de nutrición, dejar de fumar? ❑ **Sí** ❑ **No**

(Al seleccionar sí, acepta que un representante de Servicios Humanos se comunique con usted para conectarlo con los servicios solicitados).

Historial de Salud del Estudiante

¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a tuvo un examen de la vista? Mes: _____ Año: _____ ❑ Esta será la primera vez

¿Su hijo/a tiene algún problema de la vista? _____

¿Alguna cirugía reciente o importante? ❑ NO Cirugías con fecha: _____

Mi hijo/a es alérgico a: ❑ Nada ❑ Lista de alergias: _____

Mi hijo/a toma estos medicamentos: ❑ Nada ❑ Medicamentos: _____

¿Su hijo/a ha tenido alguno de lo siguiente?

	(Circule la respuesta)		En qué Año
Usa lentes	No	Sí	_____
Usa lentes de contacto	No	Sí	_____
Cataratas	No	Sí	_____
Deficiencia de colores	No	Sí	_____
Vista doble	No	Sí	_____
Ojos secos	No	Sí	_____
Infecciones de ojos	No	Sí	_____
Cirugía en los ojos	No	Sí	_____
Relámpagos de luz	No	Sí	_____
Flotantes	No	Sí	_____
Glaucoma	No	Sí	_____
Ojo vago/Ambliopía	No	Sí	_____
Terapia de parchar	No	Sí	_____
Terapia de la vista	No	Sí	_____

¿Su hijo/a ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

	(Circule la respuesta)		En qué Año
ADHD	No	Sí	_____
Asma	No	Sí	_____
Autismo	No	Sí	_____
Diabetes	No	Sí	_____
Epilepsia	No	Sí	_____
Dolores de cabeza	No	Sí	_____
Alta presión sanguínea	No	Sí	_____
Convulsiones	No	Sí	_____
Problemas de sinusitis	No	Sí	_____
Parálisis cerebral	No	Sí	_____
Síndrome de Down	No	Sí	_____

¿Su hija está embarazada actualmente? No / Sí

Otro: _____