

HEALTH HISTORY - CONFIDENTIAL

STUDENT NAME _____ **GRADE** _____

Date of Birth _____ Male _____ Female _____

Primary Language Spoken at Home _____

DOES YOUR CHILD HAVE A PHYSICIAN? Yes _____ No _____

Doctor's Name _____ Phone _____

DOES YOUR CHILD HAVE A DENTIST? Yes _____ No _____

Doctor's Name _____ Phone _____

DOES YOUR CHILD HAVE ANY ALLERGIES? Yes _____ No _____ **PLEASE INDICATE BELOW:**

Type of food _____ **Medications** (include OTC) _____

_____ **Bee Stings** _____ **Pollen** _____ **Dust** _____ **Other:** _____

Has the child ever had an allergic reaction that required medical attention or medication? Yes _____ No _____

If yes, please explain _____

DOES YOUR CHILD HAVE ASTHMA? Yes _____ No _____ If yes, year diagnosed? _____

HAS YOUR CHILD EVER BEEN TREATED IN THE ER OR HOSPITALIZED FOR A SERIOUS INJURY?

Yes _____ No _____ If yes, please explain _____

ARE YOU AWARE OF ANY PROBLEMS WITH YOUR CHILD'S HEARING?

Yes _____ No _____ If yes, please explain _____

DOES YOUR CHILD NEED GLASSES/CONTACTS? Yes _____ No _____

IS YOUR CHILD CURRENTLY TAKING ANY MEDICATION? Yes _____ No _____ **IF YES, NAME & REASON:**

Medication _____ Reason _____

Medication _____ Reason _____

PLEASE INDICATE WITH AN (X) IF CHILD HAS OR HAD ANY OF THE FOLLOWING HEALTH PROBLEMS:

_____ Bone or Joint Disease _____ Throat Infections _____ Chicken Pox(year) _____ _____ Diabetes

_____ Convulsions _____ Dental Problems _____ Ear Infections _____ Eczema

_____ Menstrual Problems _____ Headaches (frequent) _____ Heart Problems/Murmur

ANY OTHER HEALTH PROBLEMS?(Please explain) _____

Any medications(including over-the-counter) to be administered in school must have a doctor's written order and be in a labeled pharmacy container. **ALL MEDICATIONS MUST BE LEFT WITH THE NURSE.** Students may carry inhalers & EpiPens, but must have a written order.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ **DATE** _____

HISTORIAL MEDICO - CONFIDENCIAL

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ **GRADO** _____

Fecha de Nacimiento _____ Maculino _____ Femenino _____

Idioma Hablado en en Hogar con Más Frecuencia _____

¿TIENE SU HIJO DOCTOR PEDIATRA? Sí _____ No _____

Nombre del Doctor _____ #Telf _____

¿TIENE SU HIJO DENTISTA? Sí _____ No _____

Nombre del Doctor _____ #Telf _____

¿SUFRE SU HIJO DE ALERGIAS? Sí _____ No _____ **FAVOR INDICAR A CONTINUACIÓN:**

Tipo de comida _____ **Medicamentos** (incluya sin receta) _____

_____ **Picada de Abeja** _____ **Polen** _____ **Polvo** _____ **Otro:** _____

¿El niño ha tenido una reacción alérgica que ha requerido atención médica o medicamentos? Yes _____ No _____

Favor de explicar _____

¿TIENE SU HIJO ASMA? Sí _____ No _____ ¿En que año fue diagnosticado? _____

¿HA SIDO SU HIJO TRATADO EN SALA DE EMERGENCIA O HOSPITALIZADO POR UNA LESIÓN GRAVE?

Sí _____ No _____ Favor de explicar _____

ARE YOU AWARE OF ANY PROBLEMS WITH YOUR CHILD'S HEARING?

Sí _____ No _____ Favor de explicar _____

¿NECESITA SU HIJO ESPEJUELOS/LENTES DE CONTACTO? Sí _____ No _____

¿ESTA SU HIJO ACTUALMENTE TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? Sí _____ No _____ **NOMBRE & RAZÓN:**

Medicamento _____ Razón _____

Medicamento _____ Razón _____

INDIQUE CON (X) SI EL NIÑO HA TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD:

_____ Enfermedad en Huesos _____ Infección de Garganta _____ Varicela(año) _____ _____ Diabetes

_____ Convulsiones _____ Problemas Dentales _____ Infección de Oído _____ _____ Eccema

_____ Problemas de Menstruación _____ Dolores de Cabeza (frecuentes) _____ Problemas del Corazón/Soplo

¿OTROS PROBLEMAS MEDICOS? (Explique) _____

Cualquier medicamento (incluyendo sin receta) a ser administrados en la escuela debe tener una orden escrita por un médico y estar en un contenedor de farmacia etiquetado. **TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN QUEDAR EN MANOS DE LA ENFERMERA.** Los estudiantes pueden cargar inhaladores y EpiPens, pero deben tener una orden escrita.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ **FECHA** _____