

Cicero School District 99 Parent Health History

8/25/10

Nombre del Estudiante			Fecha de Nacimiento			Sexo	Escuela	Grado/ID#
Apellido	Nombre	Inicial	Mes	Día	Año			
HISTORIAL MEDICO SE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR POR LOS PADRES/TUTOR Y SER VERIFICADO POR SU MEDICO								
Alergias (de comida, de drogas, de insectos, de otro)				Medicaciones (liste todas que se recetó o que se toma regularmente)				
	Circule uno	Comentarios				Circule uno	Comentarios	
¿Diagnóstico de asma?	Sí No	Indique la severidad :			Pérdida del funcionamiento de uno de los siguientes organos: (ojos/oídos/riñones/testículos)	Sí No		
¿Se despierta tosiendo durante la noche?	Sí No							
¿Defectos de nacimiento?	Sí No				¿Hospitalización?	Sí No		
					¿Cuándo? ¿Por que razón?			
¿Desarrollo tardío?	Sí No							
¿Desordenes de la sangre? ¿Hemofilia, célula falsiforme, otros? Explique	Sí No				¿Cirugía? (anótelas)	Sí No		
					¿Cuándo? ¿Por que razón?			
¿Diabetes?	Sí No				¿Enfermedades o lesiones serias?	Sí No		
¿Lesiones en la cabeza, conmoción cerebral o desmayos?	Sí No				Prueba positiva de la tuberculina (En el presente o en el pasado)	Sí* No	*Si su respuesta es sí, consulte con el departamento de salubridad local.	
¿Convulsiones? ¿Cómo son?	Sí No				¿Enfermedad de tuberculosis?	Sí* No		
¿Problemas del corazón/falta de aliento?	Sí No				(En el presente o en el pasado)			
¿Soplo cardíaco / presión alta?	Sí No				¿Uso de tabaco? (tipo, frecuencia)	Sí No		
¿Mareo o dolor torácico al hacer ejercicio?	Sí No				¿Uso de alcohol/drogas?	Sí No		
¿Problemas de huesos, articulaciones, lesiones, escoliosis?	Sí No				¿Antecedentes familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Cuál fue la causa?	Sí No		
¿Oído/problemas de audición?	Sí No				Dental _____ frenos _____ puente _____ dentadura _____ otro			
¿Ojos/problemas de visión? _____ lentes _____ de contacto _____ último examen _____					¿Otras preocupaciones o problemas?			
¿Otras preocupaciones? (bizco, parpado caído, ojos entornados, dificultad leyendo)					Es posible que la información en esta forma sea compartido con el personal apropiado sólo para usos educativos o relacionados a la salud.			
					Padre/Tutor			
					Firma		Fecha	

Cicero School District 99 Parent Health History

8/25/10

Student's Name			Birth Date			Sex	School	Grade Level/ID#	
Last	First	Middle	Month	Date	Year				
HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER									
Allergies (food, drug, insect, other)					Medications (list all prescribed or taken on a regular basis)				
	Circle One	Comments				Circle one	Comments		
Diagnosis of asthma?	Yes No	Indicate Severity:			Loss of function of one of paired organs? (eye / ear / kidney / testicle)	Yes No			
Child wakes during the night coughing?	Yes No								
Birth defects?	Yes No				Hospitalization? When? What for?	Yes No			
Developmental delay?	Yes No								
Blood disorders? Hemophilia, sickle cell other? Explain	Yes No				Surgery? (list all) When? What for?	Yes No			
Diabetes?	Yes No								
Head injury/concussion/passed out?	Yes No				TB skin test positive (past or present)?	Yes* No	* If yes, refer to local health department		
Seizures? What are they like?	Yes No								
Heart problems/shortness of breath?	Yes No				Tobacco use (type, frequency)?	Yes No			
Heart murmur/high blood pressure?	Yes No								
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes No				Family history of sudden death before age 50? Cause?	Yes No			
Bone/joint problems/injury?	Yes No								
Scoliosis?	Yes No				Dental _____ brace _____ bridge _____ plate _____ other				
Ear/hearing problems?	Yes No								
Eye/vision problems? _____ glasses _____ contacts _____ last exam _____ Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)					Information on this form may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.				
					Parent/Guardian Signature _____ Date _____				