

## Health History – *Historial de la Salud*

Name of child: <i>Nombre del niño:</i>	DOB: <i>Fecha de Nacimiento:</i>	School: <i>Escuela:</i>	Grade: / <i>Grado:</i>
---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------

Complete this 2-sided form and return to the school office. Use reverse side for additional details. If any new conditions relevant to your child's health or emergency information arise, give written notification to the school.

*Complete esta forma por los dos lados. Utilice el reverso de la hoja para información adicional. Si alguna nueva condición relevante a la salud de su hijo se presentase, o si la información de contacto de emergencia cambiase, notifíquelo por escrito a la escuela.*

Allergy (food, insect bites, medication, pollen) <i>Alergias (a comidas, picaduras de insectos, o medicamentos, polen)</i>	NO	YES <i>SI</i>	List all known allergies: <i>Liste las alergias que Ud. sabe que su hijo tiene:</i>
Asthma <i>Asma</i>	NO	YES <i>SI</i>	Cause/triggers? <i>¿Causa de la alergia; qué es lo que provoca la alergia?</i> If outgrown, when was last episode? <i>Si ya no tiene asma, ¿cuándo fue el último episodio?</i>
Autism Spectrum Disorder <i>Trastorno del espectro autista</i>	NO	YES <i>SI</i>	
Birth Defects <i>Defectos de Nacimiento</i>	NO	YES <i>SI</i>	Explain: <i>Explicar:</i>
Diabetes <i>Diabetes</i>	NO	YES <i>SI</i>	Explain: <i>Explicar:</i>
Hearing Problem <i>Problema auditivo</i>	NO	YES <i>SI</i>	Explain: <i>Explicar:</i>
Ear Infections <i>Infección de oído</i>	NO	YES <i>SI</i>	At what age was last ear infection? <i>¿A que edad fue la última infección de oídos?</i> If tubes, date of insertion? <i>Si tiene tubos, ¿cuál fue la fecha en que se los insertaron?</i>
Epilepsy or Seizure Disorder (e.g., Febrile, Grand mal, absence, etc) <i>Epilepsia o convulsions (ejemplo: Febrile, Grand mal, etc)</i>	NO	YES <i>SI</i>	List kind and date of last episode <i>Liste la clase de convulsión y la fecha del último episodio</i>
Eye Problem <i>Problemas de la vista</i>	NO	YES <i>SI</i>	Wear glasses? <i>¿Usa anteojos?</i>
Heart Problem <i>Problema en el corazón</i>	NO	YES <i>SI</i>	Is activity limited? <i>¿Tiene actividad limitada debido a su corazón?</i>
Kidney / Bladder problem <i>Problema al riñón / vejiga</i>	NO	YES <i>SI</i>	Explain: <i>Explicar:</i>
Orthopedic / Bones / Joints <i>Problema oortopédico /huesos / coyunturas</i>	NO	YES <i>SI</i>	Explain, include special needs: <i>Explicar, incluya necesidades especiales</i>
Anxiety, ADHD, Emotional Condition <i>Ansiedad, Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad, condición emocional</i>	NO	YES <i>SI</i>	List condition(s): <i>Liste la condición(es)</i>
Other (major illness, accident, surgery in past 3 yrs) <i>Otro (enfermedades serias, accidentes, cirugías, en los 3 últimos años)</i>	NO	YES <i>SI</i>	List condition(s) and date(s): <i>Liste la condición(es) y la fecha de esta(s)</i>
Any restrictions for student participation in P.E.? <i>¿Alguna restricción que su hijo tenga para participar el la clase de educación física?</i>	NO	YES <i>SI</i>	If yes, explain details. <i>Si marco que si, explique los detalles.</i>
Any other health concerns? <i>¿Cualquier preocupación sobre la salud de su niño?</i>	NO	YES <i>SI</i>	Explain: <i>Explicar:</i>

Name of child: \_\_\_\_\_  
*Nombre del niño*

DOB: \_\_\_\_\_

**MEDICATIONS/Medicamentos:**

1. Does your child take any medication(s) at home, even on an as needed basis?  NO  Yes

If yes, name of medication(s) and dose: \_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_ How often taken? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo tomando algún medicamento(s) en casa?  NO  SI

Si sí, nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

La razón: \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia toma el medicamento? \_\_\_\_\_

2. Is medication needed at school?  NO  Yes **If yes, a Medication Authorization Form must be completed and returned to the school office with any medication before school begins.**

If yes, name of medication(s): \_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

¿Necesita tomar el medicamento en la escuela?  NO  SI **Si se necesita que su hijo tome el medicamento en la escuela, complete la forma "Autorización de Medicamento" y entréguela a la oficina de la escuela con la medicina antes del comienzo de la escuela.**

Si si, nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

La razón: \_\_\_\_\_

Forms may be obtained from the district web site at [www.mpcsd.org](http://www.mpcsd.org) or in the school office.

*Las formas las puede obtener de la página Web del Distrito [www.mpcsd.org](http://www.mpcsd.org) también puede acercarse la oficina de la escuela pedir la forma a la secretaria.*

Additional explanation or comments/Explicaciones o comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent Signature / Firma de Padres

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Print Name / Escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

*Correo electrónico*

\_\_\_\_\_  
Phone number: \_\_\_\_\_

*Numero de teléfono*