



STUDENT HEALTH SERVICES
STUDENT HEALTH HISTORY

Rev: 2/2019

To be Completed by Parent or Guardian

Please complete and return this form to your child's teacher or school nurse as soon as possible. The information provided will be reviewed annually. The information will assist us in meeting your child's health needs in the classroom, in physical education activities, or for emergency purposes.

Part 1 Student Information			
Student:	Last Name	First	Middle
			DOB: Month/day/year
Parent's Name/ Guardian's Name:			Daytime Phone/ Cell phone:
Email:			
Emergency Contact in the event parent/guardian can not be reached:			Daytime phone/ Cell phone:
List of Allergies:			Grade/ Homeroom Teacher:

Part 2 CHECK HEALTH CONDITIONS BELOW (*Please, check only if your child has required medication and/or treatment within the past 2 years –

___ MY CHILD HAS NO HEALTH CONCERNS

___ ADD or ADHD (circle one) ___ Allergies, Severe (requiring Epi-Pen) ___ Autism/ Asperger's Syndrome ___ Anemia (including Sickle Cell) ___ Arthritis, Rheumatoid ___ Asthma (requiring medication) ___ Bladder/ Kidney disease ___ Bleeding/ Clotting Disorder/ Hemophilia ___ Bowel disorder (Crohn's, Celiac, IBS, gluten intolerance) ___ Cancer/ Leukemia	___ Cardiac conditions/ Heart problems ___ Cerebral Palsy ___ Convulsions/ Seizure/ Epilepsy ___ Cystic Fibrosis ___ Diabetes Type 1 or Type 2 (circle one) ___ Down's syndrome ___ Eating disorder ___ Emotional/ Behavior Disorder/ Psychological or Psychiatric problems ___ Headaches/ Migraines ___ Hydrocephalus	___ Hypertension ___ Orthopedic Disability (permanent) ___ Scoliosis ___ Spina Bifida ___ Thyroid problems ___ Traumatic Brain or Head Injury/ Concussion ___ Ulcers/ Gastric Reflux ___ Others _____ ___ Hearing Problems/ Hearing Aids ___ Vision Problems ___ Wears glasses/ contacts
---	--	---

FOR CONDITIONS CHECKED ABOVE, PLEASE PROVIDE ADDITIONAL INFORMATION:

(*See the school nurse for medication forms and Emergency Action Plan)

*Severe Allergies	What is your child allergic to? List allergies: _____ Type of reaction? ___ Hives ___ Swelling ___ Difficulty breathing ___ Others Is emergency medication needed at school for allergies? NO ___ YES ___
*Asthma	Asthma is triggered by? _____ Date of last episode: _____ Medications needed at school: _____
*Seizure	Describe: Seizure type: _____ Duration: _____ Frequency: _____ Triggers: _____ Date of last episode: _____ Response after seizure: _____ Medication needed at school: _____
*Diabetes	Takes Insulin? NO ___ YES ___ If YES, does student know how to determine correct insulin dose? YES ___ NO ___ ___ Student may self administer with pen or syringe ___ Student requires adult supervision (observing student and verifying insulin dose) ___ Student requires insulin administration by school staff
Cardiac/Heart conditions	Type: ___ Functional Heart Murmur ___ Heart Valve Condition ___ Others: Describe: _____ Any physical restrictions? NO ___ YES ___ *A doctor's note is required for any physical exemptions.
Bone/Orthopedic/Neuro-Muscular Condition	Describe disorder: _____ Any physical restrictions: NO ___ YES ___ If YES, describe: _____ * A doctor's note is required for any physical exemptions.
*ADD/ADHD	Medication needed at school: _____ IEP/504: YES ___ NO ___
Other Health Problems, injury, or condition not listed	Describe: _____ School concern: _____
Special Diet	Will your child need a special diet in school? NO ___ YES ___ If yes, specify: _____
List of medications your child takes at home:	_____

Part 3 I have completed this Health History Form as accurately as possible. If there are any medical changes in my child during the school year, I will inform the school administration, teacher, and/or school nurse.

Parent Signature: _____

Date: _____



Servicios de Salud Estudiantil
HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Para ser Completado por el Padre o Tutor

Por favor complete y envíe este formulario a la maestra de su hijo tan pronto como sea posible. La información nos ayudará a satisfacer las necesidades de salud de su hijo(a) en el salón de clases, en actividades de educación física, o para casos de emergencia.

Parte 1 Información del Estudiante	
Student's Name:	Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año
Nombre de la Madre o Padre/Tutor Legal:	Teléfono de Contacto/ Celular:
Correo Electrónico:	
Emergency Contact in the event parent/guardian can not be reached:	Teléfono de Contacto/ Celular:
Lista de alergias:	Grado/ Maestro(a):
Parte 2 VERIFIQUE CONDICIONES DE SALUD A BAJO: (* Por favor, verifique si su hijo ha requerido medicamentos y/o tratamiento en los últimos 2 años)	

MI HIJO NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD

<input type="checkbox"/> El trastorno por déficit de atención <input type="checkbox"/> Alergias, Grave* (que requiere Epi-Pen) <input type="checkbox"/> Autismo/ Síndrome de Asperger <input type="checkbox"/> Anemia (inc. anemia de células falciforme) <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Asma (que requiere tratamiento) <input type="checkbox"/> Enfermedad renal o vejiga <input type="checkbox"/> Sangrado/Trastorno de Coagulación/ Hemofilia <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales (Crohn's, Celiac, Síndrome del intestino irritable, Intolerancia al gluten) <input type="checkbox"/> Cáncer/leucemia	<input type="checkbox"/> Condiciones Cardíacas / Problemas del Corazón <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques/Epilepsia <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 o Tipo 2 (marque uno) <input type="checkbox"/> El síndrome de Down <input type="checkbox"/> Disorden alimenticio <input type="checkbox"/> Comportamiento emocional/ Trastorno/ Problemas Psicológicos/Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/ Migrañas <input type="checkbox"/> Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica (permanente) <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Espina Bífida <input type="checkbox"/> Los problemas de Tiroides <input type="checkbox"/> Lesion Cerebral Traumática/Lesión en la cabeza/ Conmoción Cerebral <input type="checkbox"/> Úlcera, Reflujo Gástrico <input type="checkbox"/> Otras _____ <input type="checkbox"/> Problemas de audición/ Audífonos <input type="checkbox"/> Problemas Visuales <input type="checkbox"/> Usa anteojos o lentes de contacto
--	--	---

PARA LAS CONDICIONES ANOTADAS ARRIBA, POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN ADICIONAL:

(*Vea a la enfermera de la escuela para obtener los formularios de medicamentos y un plan de acción)

*Alergias graves	¿Qué alergias tiene su hijo (a)? Lista de alergias: _____ ¿Tipo de reacción alérgica? <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Otras _____ ¿Necesitamos tener medicamento para la alergia en la escuela en caso de una emergencia? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
*Asma	El asma es desencadenada por: _____ Fecha de último ataque asmático: _____ ¿Necesita tener medicamento en la escuela? _____
*Convulsiones	Descripción: Clase de convulsión: _____ Duración: _____ Frecuencia: _____ Disparadores: _____ Fecha de última convulsión: _____ Reacción después de convulsión: _____ ¿Necesita tener medicamento en la escuela? _____
*Diabetes	¿Toma insulina? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿sabe el alumno cómo determinar la dosis correcta de insulina? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El estudiante puede administrarse el mismo con jeringa <input type="checkbox"/> El estudiante requiere la supervisión de un adulto (observando al estudiante y verificando la dosis de insulina) <input type="checkbox"/> El estudiante requiere la administración del personal de la escuela *
Condiciones cardíacas/del corazón	Tipo: <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco funcional <input type="checkbox"/> Condición de la válvula cardíaca <input type="checkbox"/> Otros: Describa: _____ ¿Alguna restricción física? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> * Se requiere una nota del médico para cualquier exención física.
Condición ósea / ortopédica / neuromuscula	Describa la dolencia: _____ Alguna restricción física : No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si es Sí, describa: _____ * Se requiere una nota del médico para cualquier exención física.
Déficit de atención / hiperactividad con déficit de atención (ADD/ADHD)	¿Necesita medicamento en la escuela?: _____ IEP/504: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros problemas de salud	Describa condición de salud: _____ ¿Qué debe estar la escuela pendiente? _____
Dieta especial	¿Necesitará su hijo(a) una dieta especial en la escuela? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si es así, especifique: _____
Lista de medicamentos que su hijo(a) toma en casa:	

Parte 3 He completado este formulario de historial médico con la mayor precisión posible. Si hay algún cambio médico de mi hijo durante el año escolar, yo le informare al maestro(a)/maestra(a) de educación física y / o enfermera escolar.

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____