

STUDENT HEALTH HISTORY

Student Name _____ Date of Birth _____ School _____

Parent/ Guardian Name _____ Phone _____

YES	NO	Does Your Child:	
		Have Vision Deficit <input type="checkbox"/> Glasses or contacts <input type="checkbox"/> Color Blind	If yes, date of last of exam: _____
		Wear hearing aids or have a hearing problem	If yes, please explain: _____
		Have allergic reactions (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Bees/Insects <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Seasonal Allergies <input type="checkbox"/> Other: _____	If yes, specify type of reaction _____ Specify Food _____ Specify Medication: _____
		Have a Prescribed EpiPen?	Physician orders needed for EpiPen to be at school, or to self carry while on campus. * See office for forms needed
		Have Asthma?	Yes _____ No _____
		Have a Prescribed Inhaler?	Physician orders needed to be provided for student to self carry/self administer inhaler while on campus. *See office for forms needed
		Diabetes?	If yes, type of medication _____
		Seizures?	If yes, Type _____ Frequency _____ Medication _____
		Neurological concerns? (Headaches/Migraines/etc.)	If yes, Medication/Treatment _____
		Bowel, bladder, kidney, stomach concerns?	If yes, Medication/Treatment _____
		Cardiac (heart) concerns?	If yes, Medication/Treatment _____
		Orthopedic (bone/ joint) concerns?	If yes, Medication/Treatment _____
		Diagnosed with ADD or ADHD?	If yes, Medication/Treatment _____
		Diagnosed with any Mental Health concerns?	If yes, please explain _____
		Speech concerns?	Yes _____ No _____
		Currently being seen by a physician for any conditions not listed?	If yes, please explain _____
		Major injuries or hospitalizations?	If yes, please explain _____
		Any recent major life change that may be affecting your child's emotional well-being?	If yes, please explain _____

If you have a concern about your child's development and would like to speak with any of the following personnel, please check below and describe your concern. Nurse School Psychologist Speech & Language Pathologist

Concern: _____

FAMILY MEMBERS (In household, including Parents)

Name	Gender	Birth Date	Birth Place	Relationship to Child	Occupation/Grade

Parent/ Guardian Signature _____

Date _____

HISTORIA DE LA SALUD ESTUDIANTIL

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Nombre del Padre/ Guardián _____ Teléfono _____

SI	NO	Tiene su niño:	
		Deficiencia en su visión <input type="checkbox"/> Lentes o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Daltónico (no puede ver los colores)	Si su respuesta es sí, indique la fecha del último examen:
		Usa aparatos auditivos o tiene dificultades para escuchar	Si su respuesta es sí, por favor explique:
		Tiene reacciones alérgicas (Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Abejas/ insectos <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Alergias por temporada <input type="checkbox"/> Otras: _____	Si su respuesta es sí, especifique el tipo de reacción: _____ Especifique el tipo de comida: _____ Especifique el medicamento: _____
		¿Le han recetado un EpiPen?	Se necesitan órdenes del Doctor para tener un EpiPen en la escuela o para que el estudiante la tenga consigo mientras esta dentro del plantel escolar. *Visite la oficina para obtener las formas que necesita.
		¿Tiene asma?	Sí _____ No _____
		¿Le han recetado un inhalador?	Se necesitan órdenes del Doctor para tener un inhalador en la escuela o para que el estudiante cargue consigo su inhalador /lo use por sí mismo mientras esta dentro del plantel. *Visite la oficina para obtener las formas que necesita.
		¿Tiene diabetes?	Si la respuesta es sí, indique el medicamento _____
		¿Le dan convulsiones?	Si la respuesta es sí, indique el tipo de convulsiones _____ Frecuencia _____ Medicamento _____
		¿Problemas neurológicos? (Dolores de cabeza / Migrañas, etc.)	Si la respuesta es sí, Medicamento/ Tratamiento _____
		¿Problemas con los intestinos, la vejiga, los riñones, el estómago?	Si la respuesta es sí, Medicamento/Tratamiento _____
		¿Problemas con el corazón?	Si la respuesta es sí, Medicamento/Tratamiento _____
		¿Problemas ortopédicos (huesos/coyunturas)?	Si la respuesta es sí, Medicamento/ Tratamiento _____
		¿Ha recibido la diagnosis de TDA o TDAH?	Si la respuesta es sí, Medicamento/ Tratamiento _____
		¿Ha sido diagnosticado con un problema de Salud Mental?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____
		¿Preocupaciones sobre el Habla?	Sí _____ No _____
		¿Está visitando al doctor por cualquier condición que no se ha mencionado en esta forma?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____
		¿Ha sufrido alguna herida seria o ha sido hospitalizado?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____
		¿Ha habido un cambio mayor recientemente que puede impactar la salud emocional de su niño?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____

Si usted tiene una preocupación sobre el desarrollo de su niño y desea comunicarse con un miembro del personal, por favor marque la caja que corresponde y describa su preocupación. Enfermera Psicólogo de la Escuela Especialista de Habla y Lenguaje. Preocupación:

MIEMBROS DE LA FAMILIA (En su hogar, incluyendo los Padres)

Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Relación al niño	Ocupación/ Grado