Bethlehem Area School District

HEALTH HISTORY

Name _____ Date of Birth _____

M / F School _____ Grade/Homeroom_____

Name of Doctor/Clinic_____ Dentist _____

Hospitalizations and Surgeries

Date	Diagnosis	Procedure	Resolution
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Injuries

Date	Type	Resolution
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Chronic or Serious Medical Conditions

Date	Type	Resolution
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medications Taken Regularly

Name of Medication	Dose	Time	Reason
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Allergies

Medications_____

Insects_____

Foods_____

Other _____

_____ _____

Parent/Guardian Signature Date

Rev. 1/19

El Distrito Escolar Bethlehem

HISTORIA MÉDICA

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

M / F Escuela _____ Grado/Salón de Hogar _____

Nombre del Médico _____ Nombre del Médico Dental_____

Hospitalizaciones y Cirugías

Fecha	Diagnosis	Procedimiento	Resolución
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Heridas

Fecha	Tipo	Resolución
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Condiciones Médica Crónicas o Serias

Fecha	Tipo	Resolución
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicamento Tomado Regularmente

Nombre del Medicaments	Cantid	Frecuencia	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias

Medicamentos_____

Insectos_____

Comidas_____

Otras _____

_____ _____

Firma de Padres/Engardos Fecha

Rev. 1/19