



Student Name: _____ School: _____ Grade: _____

Health History Questions:

1. Allergies:

- o Does your child have any allergies (food, medication, environmental)?
 Yes No

If yes, please list and describe reactions: _____

- o Is an EpiPen or other emergency treatment required?
 Yes No

If yes, please list and describe reactions: _____

2. Medications:

- o Does your child take any medications regularly?
 Yes No

If yes, please list medications and dosages: _____

- o Will any medications need to be administered during school hours?
 Yes No

If yes, please provide necessary documentation from the physician.

3. Chronic Illnesses or Conditions:

- o Please indicate if your child has any of the following:
 Asthma Diabetes
 Seizure Disorder Heart Condition

Other chronic condition (please describe): _____

4. Surgeries or Hospitalizations:

- o Has your child ever had surgery or been hospitalized?
 Yes No

If yes, please explain: _____

5. Vision and Hearing:

- o Does your child wear glasses or contact lenses?
 Yes No
- o Does your child have any hearing problems?
 Yes No

If yes, please describe: _____

6. Immunization History:

- o Are your child's immunizations up to date?
 Yes No

7. Developmental or Behavioral Concerns:

- o Has your child been diagnosed with any developmental delays or behavioral conditions (e.g., ADHD, autism)?
 Yes No

If yes, please describe: _____

8. Mental Health:

- o Has your child been diagnosed with any mental health conditions (e.g., anxiety, depression)?
 Yes No

If yes, please provide details: _____

9. Special Dietary Needs:

- o Does your child have any special dietary needs or restrictions?
 Yes No

If yes, please describe: _____

10. Physical Activity Restrictions:

- o Are there any restrictions on your child's participation in physical activities?
 Yes No

If yes, please describe: _____



Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Preguntas sobre el historial médico:

1. Alergias:

- ¿Tiene su hijo/a alguna alergia (alimentaria, a medicamentos, ambiental)?
 Sí No

En caso afirmativo, indique y describa las reacciones: _____

- ¿Se requiere un EpiPen u otro tratamiento de emergencia?
 Sí No

En caso afirmativo, indique y describa las reacciones: _____

2. Medicamentos:

- ¿Su hijo/a toma algún medicamento regularmente?
 Sí No

En caso afirmativo, indique los medicamentos y las dosis: _____

- ¿Será necesario administrar algún medicamento durante el horario escolar?
 Sí No

En caso afirmativo, proporcione la documentación necesaria del médico.

3. Enfermedades o condiciones crónicas:

Por favor indique si su hijo/a tiene alguno de los siguientes:

- Asma Diabetes
- Trastorno convulsivo Condición en el corazón

Otra condición crónica (por favor describa): _____

4. Cirugías u Hospitalizaciones:

- ¿Alguna vez su hijo/a ha sido operado o hospitalizado?
 Sí No

Si es así, por favor explique: _____

5. Visión y audición:

- ¿Su hijo/a usa anteojos o lentes de contacto?
 Sí No
- ¿Tiene su hijo/a algún problema de audición?
 Sí No

Si es así, por favor describa: _____

6. Historial de vacunación:

- ¿Están las vacunas de su hijo/a al día?
 Sí No

7. Preocupaciones de desarrollo o comportamiento:

- ¿Le han diagnosticado a su hijo/a algún retraso en el desarrollo o condición de comportamiento (por ejemplo, TDAH, autismo)?
 Sí No

Si es así, por favor describa: _____

8. Salud Mental:

- ¿Le han diagnosticado a su hijo/a alguna afección de salud mental (por ejemplo, ansiedad, depresión)?
 Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles: _____

9. Necesidades dietéticas especiales:

- ¿Tiene su hijo/a alguna necesidad o restricción dietética especial?
 Sí No

Si es así, por favor describa: _____

10. Restricciones de actividad física:

- ¿Existe alguna restricción sobre la participación de su hijo/a en actividades físicas??
 Sí No

Si es así, por favor describa: _____