

Health History Form

Student Name _____ DOB ____ / ____ / ____ Sex ____ Grade ____

Parent/Guardian(Print) _____ Phone _____

Check next to any condition or illness that applies to your child.

Note: For medication questions, mark the "yes" box only if child is taking medication now.

Use the "Comments" section at the bottom of the page for explanations.

1	Allergies <input type="checkbox"/> Food _____ <input type="checkbox"/> Medicine _____ <input type="checkbox"/> Insect stings _____ <input type="checkbox"/> Environmental _____ <input type="checkbox"/> Other allergies _____ Specify reaction to allergy or allergen <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Trouble Breathing <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Local Reaction <input type="checkbox"/> EpiPen prescribed <input type="checkbox"/> Takes medication for any allergies List medication(s) _____ →No medication (even over the counter) can be administered at school without a doctor's order and parent signature.
2	<input type="checkbox"/> Arthritis Describe _____
3	<input type="checkbox"/> Asthma List triggers _____ Diagnosed at age _____ <input type="checkbox"/> Takes medication List medication(s) _____ Under doctor's care now <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4	<input type="checkbox"/> Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD) <input type="checkbox"/> Takes medication List medication(s) _____
5	<input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anemia Specify _____
6	<input type="checkbox"/> Cancer Explain _____
7	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Takes medication List medication(s) _____
8	<input type="checkbox"/> Dermatological/Skin Condition Describe _____
9	<input type="checkbox"/> Developmental Delay Explain _____
10	<input type="checkbox"/> Diabetes (high blood sugar) <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Hypoglycemia (low blood sugar)
11	<input type="checkbox"/> Digestive disorders Explain _____
12	<input type="checkbox"/> Eating Disorder Explain _____
13	<input type="checkbox"/> Endocrine Explain _____
14	<input type="checkbox"/> Gynecological Problems Explain _____
15	<input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Migraines Under doctor's care for this condition <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Takes medication List medication(s) _____
16	<input type="checkbox"/> Head injury/Concussion Month/Year _____ Explain _____
17	<input type="checkbox"/> Trouble hearing <input type="checkbox"/> Uses hearing aid _____
18	<input type="checkbox"/> Heart condition Explain _____ Under doctor's care for this condition <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Physical restrictions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, explain _____
19	<input type="checkbox"/> Heat Sensitivity/Heat Exhaustion Explain _____
20	<input type="checkbox"/> High blood pressure (Hypertension)
21	<input type="checkbox"/> Kidney or bladder disorder Explain _____
22	<input type="checkbox"/> Muscle/bone/mobility disorder Explain _____ Physical restrictions <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Explain _____ Need a doctor note yearly
23	<input type="checkbox"/> Neurological Condition Explain _____
24	<input type="checkbox"/> Nosebleeds
25	<input type="checkbox"/> Psychiatric diagnosis _____ <input type="checkbox"/> Takes medication List medication(s) _____
26	<input type="checkbox"/> Seizure Disorder How long ago was the last one? _____ <input type="checkbox"/> Takes medication List medication(s) _____
27	<input type="checkbox"/> Surgery Explain _____ Date _____
28	<input type="checkbox"/> Vision problems Explain _____ <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts
29	<input type="checkbox"/> Other Explain _____
30	<input type="checkbox"/> My child does not have any of the listed conditions or illnesses.

Comments or other health information _____

I hereby give permission for my child to receive emergency medical care, and information on this document may be made available to school, healthcare provider and health department authorities.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

FIFE ESCUELAS PÚBLICAS
Historial de Salud (Spanish Health History form)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo ____ Grado ____

Padre/Guardián _____ Teléfono _____

Marque la casilla que indique la condición o enfermedad que padezca su niño(a).

Nota: Para preguntas sobre medicamentos, marque 'Sí', sólo si él/ella toma medicamentos actualmente.

Use la sección de "Comentarios" al final de la página para explicaciones.

1	<input type="checkbox"/> ¿Alergias a <input type="checkbox"/> Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Medicina _____ <input type="checkbox"/> Picaduras de insecto _____ <input type="checkbox"/> Alergias al Ambiente _____ <input type="checkbox"/> Otras alergias _____ Especifique la reacción a la alergia o alérgeno <input type="checkbox"/> Salpullido <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Urticarias <input type="checkbox"/> Problemas de respiración <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Reacción local _____ <input type="checkbox"/> EpiPen prescrito <input type="checkbox"/> Toma medicamento Liste medicamento(s) _____ → Ninguna medicina (incluso sin receta médica) se puede administrar en la escuela sin la orden de un médico y la firma del padre.
2	<input type="checkbox"/> Artritis Describa _____
3	<input type="checkbox"/> Asma Liste lo que la provoca _____ Diagnosticado a la edad de _____ <input type="checkbox"/> Toma medicamento Liste medicamento(s) _____ ¿Se encuentra actualmente bajo cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	<input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención/Trastorno de Hiperactividad (ADD/ADHD) <input type="checkbox"/> Toma medicamento Liste medicamento(s) _____
5	<input type="checkbox"/> Desórdenes de la sangre <input type="checkbox"/> Anemia falciforme 'SickleCell' Especifique _____
6	<input type="checkbox"/> Cáncer Explique _____
7	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Toma medicamento Liste medicamento(s) _____
8	<input type="checkbox"/> Condición dermatológica/de la piel Describa _____
9	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo Explique _____
10	<input type="checkbox"/> Diabetes (alto nivel de azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre)
11	<input type="checkbox"/> Desordenes Digestivos Explique _____
12	<input type="checkbox"/> Desordenes Alimenticios Explique _____
13	<input type="checkbox"/> Endocrino Explique _____
14	<input type="checkbox"/> Problemas Ginecológicos Explique _____
15	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Migrañas ¿Se encuentra bajo cuidado médico para esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Toma medicamento(s) Liste medicamento(s) _____
16	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza/Concusión Mes/Año _____ Explique _____
17	<input type="checkbox"/> Dificultad Auditiva <input type="checkbox"/> Usa un aparato del oído _____
18	<input type="checkbox"/> Condición del Corazón Explique _____ ¿Se encuentra bajo cuidado de un médico para esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna restricción física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta, Sí, explique _____
19	<input type="checkbox"/> Sensibilidad/Agotamiento por calor Explique _____
20	<input type="checkbox"/> Alta Presión (Hipertensión)
21	<input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón o de la vejiga Explique _____
22	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los músculos/huesos/movilidad Explique _____ Restricciones físicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Explique _____ Nota médica anual es necesaria
23	<input type="checkbox"/> Condición Neurológica Explique _____
24	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales
25	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Psiquiátrico _____ <input type="checkbox"/> Toma medicamento(s) Liste medicamento(s) _____
26	<input type="checkbox"/> Trastorno de Convulsiones ¿Cuándo sucedió la última? _____ <input type="checkbox"/> Toma medicamento(s) Liste medicamento(s) _____
27	<input type="checkbox"/> Ha tenido alguna cirugía? Explique _____ Fecha _____
28	<input type="checkbox"/> Problemas de la vision Explique _____ <input type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto
29	<input type="checkbox"/> Otra condición médica no mencionada en la lista Explique _____
30	<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) no tiene ninguna de las condiciones médicas/enfermedades de la lista.

Comentarios u otra información acerca de la salud del estudiante _____

Por la presente doy permiso para que mi hijo reciba atención médica de emergencia, y la información en este documento puede ponerse a disposición de las autoridades escolares, proveedores de cuidado de la salud y del departamento de salud.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

