

HEALTH HISTORY INFORMATION FORM
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) <i>Nombre (Apellido, Primer, Segundo)</i>				DATE OF BIRTH <i>Fecha de nacimiento: Mes, Día, Año</i>			
ADDRESS <i>Domicilio de residencia</i>							
CITY <i>Ciudad</i>				STATE <i>Estado</i>			
				ZIP CODE <i>Codigo postal</i>			
PARENT/GUARDIAN/CAREGIVER <i>Padre/madre/tutor</i>							
PHONE NUMBER <i>Teléfono</i>				ALTERNATE PHONE NUMBER <i>Número de teléfono alternativo</i>			
PERSON TO CALL IN CASE OF AN EMERGENCY IF PARENT/GUARDIAN IS NOT AVAILABLE <i>Persona a quien llamar en caso de una emergencia si padre/madre/tutor no están disponibles</i>							
PHONE NUMBER <i>Teléfono</i>							

Please provide information relative to the following health concerns of your child and return to office.
Proporcione información relacionada con las siguientes cuestiones de salud de su hijo y devuelva a la oficina.

YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	ADHD <i>TDAH</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Elimination - Bowel or Urination <i>Eliminación (intestinos u orina)</i>
YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Allergies – type: <i>Alergias: tipo</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Hearing Impairment <i>Audición</i>
YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Asthma <i>Asma</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Heart Disease <i>Cardiopatía</i>
YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Cancer – type: <i>Cáncer: tipo</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Mental Health <i>Salud mental</i>
YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Cerebral Palsy <i>Parálisis cerebral infantil</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Stomach/Intestinal Issues <i>Estómago/intestino</i>
YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Diabetes – type: <i>Diabetes: tipo</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Seizure Disorder <i>Trastorno convulsivo</i>
YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Ear/Nose/Throat <i>Oído/nariz/garganta</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Spinal Disorder/Injury <i>Trastorno en la columna/lesiones</i>
YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Eye/Vision <i>Ojos/Visión</i>	YES <i>(si)</i>	NO <i>(no)</i>	Thyroid Disease <i>Enfermedad tiroidea</i>

OTHER
Otras

If you indicated any condition(s) above, describe the condition(s) and any equipment that may be needed by the student.
Si usted marcó sí previamente, por favor describa la(s) condición(es) y cualquier equipo que pueda necesitar el estudiante.

Surgical History
Antecedentes quirúrgicos

Describe any hospitalizations/surgeries/fractures:

Describe las hospitalizaciones/cirugías/fracturas:

Medications
Medicación

LIST ALL PRESCRIPTION AND NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS TAKEN AT HOME AND SCHOOL. A separate permission form is required in order for medications to be given at school.

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON RECETA Y DE VENTA LIBRE QUE TOMA EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA. Se requiere un formulario de permiso aparte para que se den los medicamentos en la escuela.

I consent to the release of this health information concerning my student, _____, to any Richmond Public School staff who need to know this information for health and safety reasons when they are working with my student at school.

Parent/Guardian/Caregiver Signature _____ Date _____

Expreso mi consentimiento para la divulgación de esta información de salud relacionada con mi hijo/a, _____, a todo el personal de Richmond Public Schools que necesite conocer esta información con motivos de salud y seguridad cuando estén trabajando con mi hijo en la escuela.

Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha _____