MERCED CITY SCHOOL DISTRICT
CHILD HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY

Student's Name _____ Date of Birth _____ School _____
Number of Children in family ____This child is number ____Child currently lives with _____

Present Health Status: Please list approximate **dates** your child received the following types of examinations. If not received, write "none".
General Health Exam/Well Child Physical _____ Where? _____
Dental Check-up _____ Where?_____ Eye Exam _____ Where? _____
Has your child ever seen a specialist? _____ Specialty _____Where? _____
Reason _____
Health Insurance Status (please mark one) MediCal ____ Private _____ Emergency MediCal _____ Uninsured _____

Prenatal, Labor and Delivery, and Developmental History:
Under doctor's care during pregnancy? ____Any problems during pregnancy? _____
Any medication during pregnancy? _____ Tobacco _____ Alcohol _____ Other _____
Birth weight _____ Length of Labor _____ Mother's age at delivery _____Father's age _____
Normal delivery? _____ Difficult delivery? _____ Describe _____
Any problems at birth? _____ If so, what _____Length of baby's stay in hospital_____
At what age did your child: Sit up _____crawl _____ walk _____ say first word _____
Combine 3-4 words _____ bladder trained _____ bowel trained _____

Behavior/School History (check those that apply):
cooperative ____difficult _____ explain_____
affectionate _____ accepting of parent rules _____ bed wetting _____Other _____
Number of schools attended _____ School meeting held to address academic or behavior problems _____ When _____
Outcome_____ Child currently receives special education services _____ Type _____

Medical History and Illness: Check "NO" or "YES" Please indicate below whether items marked "yes" are current or ongoing problems or whether your child has a past history only.

	NO	YES		NO	YES
Stomachaches/bowel problems	_____	_____	Anemia	_____	_____
Frequent headaches	_____	_____	Bladder/kidney prob	_____	_____
Ear infections	_____	_____	Fractures/trauma	_____	_____
Hearing problems	_____	_____	Skin problems	_____	_____
ADD / ADHD	_____	_____	Chicken Pox	_____	_____
Frequent colds	_____	_____	Meningitis	_____	_____
Allergies (specify type below)	_____	_____	Heart problems	_____	_____
Asthma	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Convulsions/seizures	_____	_____	Eye problems/glasses	_____	_____
Mental Health Diagnosis	_____	_____	Other	_____	_____

Please explain all illnesses, injuries, surgeries, hospitalizations or conditions checked "yes" above:
_____
_____
_____

Is child presently taking any medication? _____ If yes, name and dosage _____
Is child currently under medical care for the problem? _____ Name of doctor _____

Are there any other factors regarding family history, or physical, social or emotional development of your child of which you feel the school should be aware? If yes, please explain: _____
_____

Signed _____ Relationship _____ Date _____

Telephone_____

Revised 2/25/08 rw

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE MERCED
HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO

Nombre del Estudiante_____Fecha de nacimiento _____ Escuela_____
Número de niños en la familia _____Este niño es el número _____El niño vive actualmente con _____

Condición de la Salud Actual: Por favor ponga las **fechas** aproximadas que su hijo(a) recibió las siguientes exámenes. Si no ha recibido ninguna ponga "none".
Examen de Salud General/Físico de Salud _____ ¿Dónde? _____
Examen Dental ____ ¿Dónde? _____ Examen de los Ojos _____ ¿Dónde?_____
¿Ha visto su hijo(a) un especialista? _____ Especialidad _____¿Dónde? _____
Razón _____
Condición del Seguro de Salud (Por favor marque uno) Medi-Cal ____ Privado _____ Medi-Cal de Emergencia _____
Sin Seguro _____

Prenatal, Parto y Nacimiento, e Historial del Desarrollo:
¿Tuvo cuidado de un médico durante el embarazo? _____¿Hubo problemas durante el embarazo? _____
¿Tomó medicamentos durante el embarazo? _____ Tabaco _____ Alcohol _____ Otro __
Peso al nacer _____ Duración del Parto _____Edad de la madre cuando nació _____Edad del padre _____
¿Parto Normal? _____ ¿Dificultad en el Parto? _____Describa _____
¿Algunos problemas al nacer? _____ Si es así, cuáles _____tiempo que estuvo el bebe en el hospital_____
A qué edad su hijo(a): Se pudo sentar _____gatear _____caminar _____ Decir su primera palabra _____
Combinar 3-4 palabras____ Se entrenó para orinar _____ Para ir al excusado _____

Conducta/Historial Escolar (Marque aquello que aplique):
cooperativo ____es muy difícil _____explique_____
afectuoso _____ acepta las reglas de los padres _Se moja en la cama _____Otro_____
Cantidad de escuela que ha asistido _____ Fecha de la reunión escolar para hablar sobre problemas de conducta _____
Cuándo _____ Resultado_____Recibe servicios de educación especial _____Qué tipo_____

Historial Médico y Enfermedad: Marque uno, "NO" o "SÍ". Por favor indique abajo si lo que marcó con un "Sí" son problemas actuales o continuos o si su hijo(a) ha tenido esto en el pasado o anteriormente.

	NO	SÍ		NO	SÍ
Problemas del estómago/hacer del baño	_____	_____	Anemia	_____	_____
Frecuentes dolores de cabeza	_____	_____	Problemas de Vejiga/Riñones	_____	_____
Infecciones del oído	_____	_____	Fracturas/traumas	_____	_____
Problemas para oír	_____	_____	Problemas de la piel	_____	_____
Otros Problemas de conducta ADHD	_____	_____	Viruela	_____	_____
Resfriados frecuentes	_____	_____	Meningitis	_____	_____
Alergias (que tipo)	_____	_____	Problemas del corazón	_____	_____
Asma	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Convulsiones/ataques	_____	_____	Problemas de los ojos/anteojos	_____	_____
Diagnóstico de salud mental	_____	_____	Otro	_____	_____

Por favor explique todas la enfermedades, lastimaduras, cirugías, hospitalizaciones o condiciones marcadas con un "sí" :
_____
_____
_____

¿Está el niño tomando medicamentos actualmente? _____ Si es así, nombre y dosis _____
¿Está el niño bajo cuidado médico por este problema? _____ nombre del doctor _____

¿Hay otros factores tocante al historial familiar, o del desarrollo físico, social o emocional de su hijo(a) el cual usted cree que la escuela deberá saber? Si es así, por favor explique: _____
_____

Firma _____ Relación familiar _____ Fecha_____

Teléfono _____