

HEALTH HISTORY FORM

Student's Name _____ D.O.B./Place _____ Gender _____
Address _____ Phone _____ Physician's Name _____
School _____ Grade _____ Physician's Phone Number _____
Native language spoken in the home _____

Adults in Household (Name)

Health Problems

Parent 1 _____
Parent 2 _____
Other _____

Children in Household (Name)

Age

School

Health Problems

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

(Please list additional children on the reverse side of this form)

Please indicate if your child has any of the following:

<u>Year</u>	<u>Please Explain</u>
Anemia _____	Asthma/Allergies _____
Chickenpox _____	Diabetes _____
Ear Conditions _____	Frequent Nose Bleeds _____
Nephritis _____	Heart Disease/Cardiac Problems _____
Urinary Problems _____	Orthopedic Problems _____
Rheumatic Fever _____	Neurological Problems _____
Tuberculosis _____	Seizure Disorder/Epilepsy _____
Contact with TB _____	Skin Disorder _____
Fifth Disease _____	Frequent Colds/Sore Throat _____

Is your child presently taking any medications? _____ Yes _____ No

If yes, please list the medical problem and medication: _____

To the best of your knowledge, please answer the following questions:

Does your child have visual problems? _____ Yes _____ No Explain _____
Does your child wear corrective lenses? _____ Yes _____ No
Is anyone in the family colorblind? _____ Yes _____ No Who? _____
Is your child under treatment for a hearing loss? _____ Yes _____ No
If there are any special considerations, please explain _____
Are there any apparent speech problems? _____ Yes _____ No
Is child receiving speech therapy? _____

Does your child have any known allergies? _____

(a) food allergies? _____

(b) lactose intolerance? _____

(c) latex allergies? _____

If there are any special considerations with the above, please explain:

Was your child hospitalized at all since birth? ____ Yes ____ No

If yes, state reason and date: _____

(a) Any operations? _____ reason and date _____

(b) Any serious illness or injuries? _____

Did the Parent have any difficulties during this pregnancy, labor or delivery? ____ Yes ____ No

If yes, please explain _____

Did your child have difficulties at birth? ____ Yes ____ No

(a) Jaundice? _____

(b) Difficulty in breathing? _____ Explain _____

(c) Infections? ____ Yes ____ No What type? _____

(d) Feeding Problems? ____ Yes ____ No Explain _____

Was your child born with a Congenital Defect? ____ Yes ____ No If yes, please describe:

Was your child placed in a neonatal intensive care nursery or a high-risk nursery? ____ Yes ____ No

How long? _____

Was your child born prematurely? ____ Yes ____ No How many weeks? _____

Was your child born post-maturely? ____ Yes ____ No How many weeks? _____

Please list any restrictions/limitations of physical activities:

Is there anything concerning the health of this child that school personnel should be aware of?

Additional Comments?

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ teléfono _____
Nombre del Medico _____ teléfono del médico _____
Escuela _____ Grado _____

Idioma nativo hablado en el home _____

Los adultos en el hogar (nombres)

Problemas de salud

Padre 1 _____
Padre 2 _____
Otros _____

Niños en el hogar (nombres)

Edad

Escuela

Problemas de salud escolar

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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

<u>Año</u>	<u>Por favor explique</u>
Anemia _____	Asma/Alergias _____
Varicela _____	Diabetes _____
Condiciones del oído _____	Frecuente neria sagrienta _____
Nefritis _____	Enfermedades del Corazón _____
Problemas urinarios _____	Problemas cardiaco _____
Fiebre Reumatica _____	Problemas ortopédicos _____
Tuberculosis _____	Problemas nuroológico/Epilepsia _____
Contacto con TB _____	Condiciones de la piel _____
Quinta enfermedad (eritema infeccioso) _____	Frecuentes catarros/infecciones de la garganta _____

¿Actualmente está tomando su hijo/a algún medicamento? _____ Si _____ No

Si contesto si explique el problema médico y el medicamento: _____

Conteste lo mejor que puedalas siguientes preguntas:

¿Tiene su hijo/a problemas visuales? _____ Si _____ No Explique _____
¿Usa su hijo/a lentes correctivos? _____ Si _____ No
¿Hay alguien en su familia que tenga dificultad en distinguir colores? _____ Si _____ No
¿Está su hijo/a bajo tratamiento por impedimento de oído? _____ Si _____ No

Por favor de explicar si hay alguna consideración especiales _____

¿Hay algún problema aparente del habla? ____ Si ____ No

¿El niño está recibiendo terapia del habla? ____ Si ____ No

¿Tiene su hijo/a tiene alguna alergia conocida? _____

a) alergias de alimento? _____

b) intolerancia a la lactosa? _____

c) Alergias de látex? _____

Si hay alguna consideración especial por alguna alergia, por favor explicar:

¿Fue hospitalizado Su hijo/a desde su nacimiento? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, si de razón y la fecha: _____

(a) ¿Alguna operación? _____ Razón y fecha _____

(b) ¿Alguna enfermedad o herida grave? _____

¿El padre tuvo alguna dificultad durante este embarazo, trabajo de parto o parto? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, por favor explicar _____

¿Su hijo tuvo dificultades al nacer? ____ Si ____ No

a) ¿Ictericia? _____

b) ¿Dificultad para respirar? _____ Explicar _____

c) ¿Infecciones? ____ Si ____ No ¿Qué tipo? _____

(d) ¿Problemas con alimentOs? ____ Si ____ No Explicar _____

¿Nació su hijo/a con defectos congénitos? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, sírvase describir: _____

¿Fue su hijo/a puesto en cuidados intensivos neonatales o en guardería infantil del riesgo alto?

____ Si ____ No ¿Cuánto tiempo? _____

¿Su hijo/a nació prematuramente? ____ Si ____ No ¿Cuántas semanas? _____

¿Su hijo/a nació post-maturamente? ____ Si ____ No ¿Cuántas semanas? _____

Por favor de explicar restricciones/limitaciones de las actividades físicas:

¿Hay algo acerca de la salud de este niño/a de lo cual el personal de la escuela debe estar enterado?

¿Comentarios adicionales?

Firma del padre/Guardián _____ Fecha ____