

# STUDENT HEALTH HISTORY

To be completed by parent or guardian

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_ SCHOOL YEAR: 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

GRADE: \_\_\_\_\_ BIRTHDATE: \_\_\_\_\_ SEX: MALE FEMALE SCHOOL: \_\_\_\_\_

DOCTOR'S NAME: \_\_\_\_\_ DOCTOR'S PHONE: \_\_\_\_\_

ALLERGIES YES NO \_\_\_\_\_

LIFE THREATENING YES NO \_\_\_\_\_

OTHER YES NO \_\_\_\_\_

ASTHMA YES NO \_\_\_\_\_

USES INHALER YES NO \_\_\_\_\_

BLOOD DISORDERS YES NO \_\_\_\_\_

DAILY MEDICATIONS YES NO \_\_\_\_\_

NAMES OF MEDICATIONS \_\_\_\_\_

Include those taken at home. If taken at school, the medication authorization form must be completed and on file.

DIABETES YES NO \_\_\_\_\_

EAR/HEARING PROBLEMS YES NO \_\_\_\_\_

EYE/VISION PROBLEMS YES NO \_\_\_\_\_

GLASSES/CONTACTS YES NO \_\_\_\_\_

HEART PROBLEMS YES NO \_\_\_\_\_

HOSPITALIZATIONS YES NO \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

MENTAL HEALTH CONCERNS YES NO \_\_\_\_\_

MUSCULOSKELETAL PROBLEMS YES NO \_\_\_\_\_

NEUROLOGICAL PROBLEMS YES NO \_\_\_\_\_

PHYSICAL RESTRICTIONS YES NO \_\_\_\_\_

SEIZURES YES NO \_\_\_\_\_

SERIOUS INJURIES YES NO \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

SURGERY YES NO \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

Please contact the school nurse if you would like to discuss any medical concerns.  
Thank you,

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Historial de Salud del Estudiante

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR: 20\_\_ - 20\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO FEMENINO ESCUELA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL DOCTOR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ALERGIAS	SI	NO	_____
AMENAZA SU VIDA	SI	NO	_____
OTRA	SI	NO	_____
ASMA	SI	NO	_____
USA INALANTES	SI	NO	_____
PROBLEMAS DE LA SANGRE	SI	NO	_____
MEDICAMENTO DIARIO	SI	NO	_____
NOMBRE DE LAS MEDICINAS			_____

Incluya las que se toma en casa. Si se tiene que tomar en la escuela, necesitamos una verificación del medico.  
**SEN NECESITA** tener una forma medica en el archivo de la escuela.

DIABETES	SI	NO	_____
PROBLEMAS DE OIDO/AUDICIÓN	SI	NO	_____
PROBLEMAS DE LOS OJOS/VISIÓN	SI	NO	_____
LENTES/LENTES DE CONTACTO	SI	NO	_____
PROBLEMAS DEL CORAZÓN	SI	NO	_____
HOSPITALIZACIONES	SI	NO	_____ EDAD: _____
PREOCUPACIONES SOBRE SALUD MENTAL	SI	NO	_____
PROBLEMAS DE HUESOS O MUSCULOS	SI	NO	_____
PROBLEMAS NEUROLOGICOS	SI	NO	_____
RESTRICCIONES FISICAS	SI	NO	_____
CONVULSIONES	SI	NO	_____
HERIDAS GRAVES	SI	NO	_____ EDAD: _____
CIRUGÍA	SI	NO	_____ EDAD: _____

Por favor comuníquese con la enfermera de la escuela si le gustaría discutir cualquier preocupación medica. Gracias,

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha