

# 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



Distrito Escolar Consolidado de la Comunidad de Plainfield 202

# 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