

**Student Health History**

Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  M  F

*Please check the following regarding health conditions that pertain to student:*

**ADD/ADHD**  Yes  No Medication \_\_\_\_\_  at home  at school

**Allergies**  Yes  No List (drugs, food, pollen): \_\_\_\_\_  
Has the allergy required emergency action in the past?  Yes  No  
Comments \_\_\_\_\_

**Asthma**  Yes  No Triggered by \_\_\_\_\_  
Diagnosed by doctor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Medication \_\_\_\_\_  at home  at school

**Bee Sting Allergy**  Yes  No Describe reaction \_\_\_\_\_  
Difficulty breathing  Yes  No Need emergency medication  Yes  No

**Bone or Joint Condition**  Yes  No Describe \_\_\_\_\_  
Describe any physical restrictions \_\_\_\_\_

**Cerebral Palsy**  Yes  No Describe any physical limitations \_\_\_\_\_  
Child requires:  wheelchair  walker  neither

**Diabetes**  Yes  No Diagnosed by doctor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Takes insulin  Yes  No

**Epilepsy/Seizures**  Yes  No Describe seizure \_\_\_\_\_  
Date of last seizure \_\_\_\_\_ Medication \_\_\_\_\_  
Is student currently under a doctor's care for seizures?  Yes  No

**Heart condition**  Yes  No Describe \_\_\_\_\_  
Describe any physical restrictions \_\_\_\_\_  
Medication \_\_\_\_\_  at home  at school

**High Blood Pressure**  Yes  No Diagnosed by doctor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Medication \_\_\_\_\_  at home  at school

**Spina Bifida**  Yes  No Child requires:  wheelchair  Diaper change  Catheterization  
 Other \_\_\_\_\_

**Scoliosis**  Yes  No Diagnosed by doctor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Describe any physical limitations \_\_\_\_\_

**Head Injury/concussion**  Yes  No Diagnosed by doctor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Describe any physical limitations \_\_\_\_\_

*Check off the following regarding health concerns that pertain to student:*  
**Eyes:**  Glasses  Contacts  Reading  Difficulty Seeing  Crossed  Lazy eye  Distance

**Ears:**  Tubes  Hearing aid:  right  left  wear at school  Hearing difficulty  
Explain: \_\_\_\_\_

**Other health Problems:**  Nosebleeds  Eating  Sleeping  Bladder  Bowel  Bedwetting  Neurological  
 Headaches  Lungs  Phobias  Dental  Skin  Menstruation  Blood disorder

List any serious injuries or surgeries: \_\_\_\_\_

List any condition that prevents P.E. participation: \_\_\_\_\_

Special Education:  Speech/Language  Resource  Special Day  S.E.D

Student requires special health care. Please Explain: \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Historia de Salud del Estudiante

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  M  F

*Ponga una contraseña a lo siguiente referente a las condiciones de salud que pertenecen al estudiante:*

<b>ADD/ADHD</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
<b>Alergias</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista (drogas, comida, polen): _____ ¿En el pasado, ha requerido acción de emergencia su alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios _____
<b>Asma</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Provocado por _____ Diagnosed por el doctor _____ Fecha _____ Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
<b>Alergia a Piquete de Abeja</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe la reacción _____ Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Necesita medicamento de emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Condición de Huesos o Coyunturas</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe _____ Alguna restricción física _____
<b>Parálisis Cerebral</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe cualquier limitación física _____ Hijo/a requier: <input type="checkbox"/> una silla de ruedas <input type="checkbox"/> anadera <input type="checkbox"/> Ninguna de las dos
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosed by doctor _____ Fecha _____ Usa insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Ataques de Epilepsia</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe el ataque _____ Fecha del ultimo ataque _____ Medicamento _____ Está el estudiante actualmente bajo cuidado médico para ataques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Condición del Corazon</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe _____ Tiene alguna restricción física _____ Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
<b>Alta presión de la sangre</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosticado por el doctor _____ Fecha _____ Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
<b>Espina Bífida</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hijo/a requier: <input type="checkbox"/> una silla de ruedas <input type="checkbox"/> Cambio de pañal <input type="checkbox"/> Caterización <input type="checkbox"/> Otra _____
<b>Escoliosis</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosticado por el doctor _____ Fecha _____ Haga un lista de cualquier limitación física _____
<b>Conmoción Cerebral/ Concusión/Herida de la Cabeza</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosticado por el doctor _____ Fecha _____ Haga un lista de cualquier limitación física _____

*Ponga una contraseña a lo siguiente referente a asuntos de preocupaciones que pertenecen al estudiante:*

**Ojos:**  Lentes  Lentes de contacto  Lectura  Dificultad para ver  Bizcos  Se le va el ojo  Distancia

**Oídos:**  Tubos  Aparato para oír:  Derecho  Izquierdo  Lo usa en la escuela  Dificultad para oír

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud:  Le sale sangre de la nariz  Para comer  Para dormir  De la vejiga  Evacuación intestinal  Orinarse en la cama  Neurológico  Dolores de cabeza  Pulmonares  Fobias  Dental  De la piel  Menstruación  Desorden de la sangre

Haga una lista de cualquier lesión o cirugía grave \_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier condición que impide la participación en educación física \_\_\_\_\_

Educación Especial:  Habla/Lenguaje  Recurso  Día Especial  Severamente Trastornado Emocionalmente

El estudiante requiere cuidado especial de salud, por favor explique. \_\_\_\_\_

Firma de padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_