

EMUHSD HEALTH HISTORY FORM

LAST NAME: _____ **FIRST NAME:** _____

ID#: _____ **DATE OF BIRTH:** _____ **GRADE:** _____

PARENT/GUARDIAN: _____ **TELEPHONE#** _____

Please fill in all current information that the School Nurse should know:

1. Does your child take any medication regularly? Yes ___ No ___
If yes, name of medication: _____ Frequency: _____
2. Has your child ever been stung by a bee/hornet? Yes ___ No ___
If yes, is your child allergic to stings? Yes ___ No ___
If yes, did your child have trouble breathing? Yes ___ No ___
Did your child develop a rash? Yes ___ No ___
3. Is your child:
Allergic to grass/pollens requiring medication/treatment: Yes ___ No ___
If yes, what treatment is required: _____
Allergic to any medication? Yes ___ No ___ If yes, name of medication: _____
Allergic to certain foods or substances: Yes ___ No ___ If yes, name: _____
Has **EPIPEN** ever been prescribed? Yes ___ No ___
4. Does your child have **ASTHMA**? Yes ___ No ___
If yes, do they take medication or use an inhaler? Yes ___ No ___
How often is the medication/inhaler used? More than once a week ___ 2-3 times a month ___ 1-6 times a year ___
My child is under care for this condition by Dr. _____ Telephone #: _____
5. Has your child ever had the **CHICKENPOX**? Yes ___ NO ___ If yes when? _____
6. Does your child wear glasses? Yes ___ No ___ Contact lenses? Yes ___ No ___
If yes, are glasses for: Distance ___ Reading ___ To be worn at all times ___
7. Does your child have a hearing problem? Yes ___ No ___
Right ___ Left ___ Both ears ___ Wears a hearing aid? Yes ___ No ___
8. Does your child have any special needs due to the following? YES ___ NO ___
Dental ___ Diabetes ___ Earaches ___ Epilepsy ___ Special Diet ___
Fainting Spells ___ Heart Problems ___ Hernia ___ Hyperactivity ___ Stomach Aches ___
Learning Difficulties ___ Nosebleeds ___ Orthopedic ___ Seizures ___
Limited Physical Education for the following reasons: _____

9. Has your child ever been enrolled in any of the following programs? YES ___ NO ___
Speech ___ R.S.P. ___ Special Day Class ___ Adapted P.E. ___
10. Has your child ever been hospitalized because of an illness or accident? Yes ___ No ___
If yes, explain _____
11. Name **any** other health condition that the school nurse should be aware of:

12. Date of last Physical Examination: _____ Doctor's Name: _____

13. Does your child have Health Insurance? Yes ___ No ___ Name of Insurance Company: _____

I give permission for the School Nurse to share this information with school staff when necessary for my child's well-being

PARENT'S SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

EMUHSD INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____
ID#: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **GRADO:** _____
NOMBRE DE MADRE/PADRE/GUARDIAN: _____ **TELEFONO:** _____

Cambios en la condicion de salud: Por favor llene informacion actual que su enfermer escolar debe de tener:

1. Toma su hijo/a medicina regularmente? Si ____ No ____
Si la repuestas es si, cual es el nombre de la medicina? _____
2. Alguna vez la ha picado a su hijo/a una avispa o abeja? Si ____ No ____
Tuvo Alergia a la picadura? Si ____ No ____
Si la respuesta es si, tuvo difictades para respirar? _____
Le salieron ronchas o alguna erupcion en la piel? _____
3. Es su hijo/a:
Alergico/a al cespel (zacate)/pollen? Si ____ No ____
Si la respesta es si, cual es el tratamiento necesario? _____
Alergico/a a alguna medicina? Si ____ No ____
Si la respuesta es si, cual es el nombre de la medicina? _____
Alergico/a ciertas omidas o a atras sustancias? Si ____ No ____
Si la respuesta es si, a que comidas o sustancias? _____
Le han recetado **EPIPEN**? Si ____ No ____
4. Sufre el/ella de **ASTHMA**? Si ____ No ____
Nombre de la medicina/inhalador _____
Que tan refquentemente toma la medicina/usa el inhalader? ____ Mas de una vez por seman? ____
2 a 3 veces por mes ____ 1 a 6 veses al ano ____
Mi hijo/a esta bajo tratamiento medico por esta condicion con el doctor: _____
Telefono: _____
5. Ha tenido alguna vez su hijo/a **VARICELA** locas? Si ____ No ____ Cuando? _____
6. Usa el/ella antejos o lentes de contacto? Si ____ No ____
Son los lentes par aver de lejos? ____ Solamenta para leer? ____ Para usarlos constantemente? ____
7. Tiene e/ella problemas auditivos (de oido) Si ____ No ____
Oido derecho? ____ Oido izquierdo? ____ Ambos oidos? ____ Usa auxillares auditivos? ____
8. Tiene su nino/a alguna necesidad especial por alguno de los siguientes problemas? Si ____ No ____
Dental ____ Diabetes ____ Dolores de oidos ____ Epilepsia ____ Desmayos ____ Corazon ____
Ortopedicos ____ Ataques ____ Dieta Especial ____ Dolores de estomago ____
Educacion fisica limitada por las siguientes reones: _____
9. Ha estado su nino/a alguna vez matriculado en alguno de los siguientes programas? Si ____ No ____
Lenguaje/habla ____ Recursos Especiales (RSP) ____ Clase Especial ____ Educacion Fisica Adaptada ____
10. Ha sido su nino/a hospitalizado por mas de una noche por enfermedad o accidente? Si ____ No ____
Escriba el motive _____
11. Describa cualquier otra condicion medica la cual nosotros deberiamos de saber _____
12. Fecha en que tuvo el ultimo examen medica _____ Nombre del medico _____
13. Tiene su nino/a tiene seguro medico? Si ____ No ____ Nombre de seguro _____

Doy autorizacion a la enfermera escolar, para que comparta esta informacion con el personal de la escuela cuando esto sea necesario para el cuidado/bienestar de mi nino/a

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____ **FECHA:** _____