

HEALTH HISTORY FOR REGISTRATION (rev. 6-10)

Student Name _____ Grade _____
(last) (first)
Date of Birth _____

This information may be shared with school staff as necessary to protect your child's health and safety.

HAS YOUR CHILD EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
Allergies	___	___	to what? _____
	Is any allergy life-threatening ? yes ___ no ___ which allergy ? _____		
Asthma	___	___	is it severe ? yes ___ no ___
Bee sting allergy	___	___	is it life-threatening ? yes ___ no ___
Convulsive seizures	___	___	date of last seizure _____
Diabetes	___	___	insulin-dependent ? yes ___ no ___
Fracture	___	___	date _____ which bone(s)? _____
Head injury	___	___	date _____ was he/she hospitalized? yes ___ no ___
Heart condition	___	___	are there physical restrictions ? yes ___ no ___
Hearing loss	___	___	hearing aids worn? yes ___ no ___
Orthopedic problem	___	___	describe _____
Surgery	___	___	date _____ type _____
Tuberculosis	___	___	date of last TB test _____
Urinary problem	___	___	needs accommodations? yes ___ no ___
Vision problem	___	___	glasses? _____ contact lenses? _____

Any condition/serious illness that would need special consideration by the school? yes ___ no ___

Describe/details _____

Names of all medications taken regularly _____

If your child will be taking **any** type of medicine at school or school activities, please ask for the Chino Valley Unified School District medication form. This **must** be on file before medication can be given or carried at school/school activities. This includes over-the-counter as well as prescription medication.

Permission for first aid is given yes ___ no ___

Does your child have health insurance? yes ___ no ___ If you would like information on various health plans, please contact the school's Health Office.

Parent/guardian signature Date

HISTORIA DE SALUD (rev. 6-10)

Nombre del Estudiante _____ Grado _____
(apellido) (nombre)
Fecha del Nacimiento _____

Esta información puede compartirse con el personal de la escuela para proteger la salud y la seguridad de su hijo/a.

¿TIENE SU HIJO/A HISTORIA DE LO SIGUIENTE?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	
Alergias	___	___	¿a que? _____
	¿Es cualquier alergia amenaza a la vida?		si ___ no ___ ¿cual alergia? _____
Asma	___	___	¿es severa? si ___ no ___
Alergia a picadas de abejas	___	___	¿es amenaza a la vida? si ___ no ___
Convulsiones	___	___	fecha del último ataque _____
Diabetes	___	___	¿depende en insulina? si ___ no ___
Fractura	___	___	fecha _____ ¿cual hueso? _____
Golpes en la cabeza	___	___	fecha _____ ¿hospitalizado? si ___ no ___
Problemas del corazón	___	___	¿hay restricciones físicos? si ___ no ___
Problemas del oído	___	___	¿aparatos para oír? si ___ no ___
Problemas ortopédicos	___	___	describa _____
Operación	___	___	fecha _____ ¿tipo? _____
Tuberculosis	___	___	fecha de la última prueba _____
Problemas de orina	___	___	¿necesita permiso especial? si ___ no ___
Problemas de la vista	___	___	¿lentes? si ___ no ___ ¿lentes de contacto? si ___ no ___

¿Alguna otra condición médica o enfermedades serias que tenemos que tomar en cuenta?

si ___ no ___ Explique/Describa _____

Nombre de todas las medicinas que toma regularmente _____

Si su hijo/a va a tomar **cualquier tipo de medicina** en la escuela o actividades escolares, pida la forma Chino Valley Unified School District Medicación. Necesitamos esta forma antes de poder dar al niño/a cualquier medicina o tráela con si durante horas de clase/o actividades escolares. Esto incluye medicinas sin receta y las de receta.

Doy permiso para que se administre primeros auxilios: sí ___ no ___

¿Tiene su hijo/a seguro de salud? sí ___ no ___ Si desea información sobre los varios planes de seguro, por favor comuníquese con la oficina de salud de la escuela.

Firma del Padre/Guardián

Fecha