

EAGLE COUNTY SCHOOLS

Student Health History - *Historial Médico*

Student's Name: _____
Nombre del Estudiante

Birthdate: _____
Fecha de nacimiento

School: _____
Escuela

Grade: _____
Grado

Family Doctor: _____
Doctor de la Familia

1. When has your child last had a routine health exam? Date _____ By Whom _____
¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) tuvo un examen médico? Fecha Nombre del médico

2. Has your child had a serious illness or significant medical problem? Examples are: asthma, convulsive disorder, diabetes, rheumatic fever, high blood pressure, heart condition, ulcers, food allergies, epilepsy, etc. Yes _____ No _____
¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad grave o problema médico? Por ejemplo, asma, convulsiones, diabetes, fiebre reumática, tensión alta, alergias, problemas del corazón, úlceras, epilepsia, etc. Sí _____ No _____

If yes: *Si marcó sí:*

a. give type of problem and explain _____
Identifique el tipo de problema y explíquelo:

b. Is he/she still under treatment? Yes _____ No _____
¿Está todavía bajo tratamiento? Sí _____ No _____

c. Can the school health assistant service be helpful? Yes _____ No _____
¿Puede ayudarle el servicio médico de la escuela? Sí _____ No _____

d. Is he/she currently on any medication for this problem? Yes _____ No _____
¿Está tomando ahora algún medicamento para ese problema? Sí _____ No _____

If yes, what medication: _____
Si usted marcó sí, - ¿Qué tipo de medicamento?

Other comments on the above: _____
Otros comentarios sobre el problema

3. Has there ever been a concern about the age at which your child began? (check all that apply)
¿Se ha preocupado acerca de la edad que su hijo(a) tenía cuando empezó a (marque con una X)

Crawling/walking _____ Talking _____ Toilet Training _____ Comments: _____
Gatear/caminar? Hablar? ir al baño solo(a)? Comentarios:

4. Has your child had a serious injury? Yes _____ No _____ Date(s) _____
¿Ha tenido su hijo(a) alguna lesión grave? Sí _____ No _____ Fecha(s)

Explain: _____
Explique

5. Has your child ever been hospitalized? Yes _____ No _____ Date(s) _____
¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado alguna vez? Sí _____ No _____ Fecha(s)

6. Does your child have any disabilities? Examples are: hearing problems, congenital abnormalities, neurological disorder (migraine), visual problems (glasses), or orthopedic problems? Yes _____ No _____
¿Tiene su hijo(a) alguna incapacidad? Por ejemplo, problemas de oído, anomalías congénitas, desórdenes nerviosos (jaquecas), problemas visuales (gafas) o problemas ortopédicos? Sí _____ No _____

If yes, explain: _____
Si marcó sí, explíquelo:

7. Is there any limitation on activities due to medical reasons? Yes _____ No _____
¿Tiene su hijo(a) alguna limitación por motivos médicos para realizar alguna actividad? Sí _____ No _____

If yes, explain: _____
Si marcó sí, explíquelo:

8. Does your child have any need for special attention because of a health problem? Yes _____ No _____
¿Necesita su hijo(a) atención especial por razones médicas? Sí _____ No _____

If yes, explain: _____
Si marcó sí, explíquelo:

Parent/Guardian Signature *Firma del Padre o Guardian*

Date *Fecha*