

WINTON SCHOOL DISTRICT - HEALTH HISTORY UPDATE

Student Name: _____ M F Date of Birth: _____ Date: _____

School: _____ School Year: _____ Grade: _____

Child lives with: _____ Number of Children in family: _____ This child is number: _____

MEDICAL HISTORY (please check if your child has had any of the following):

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accidents | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Emotional | <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Sleep Problems |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eye Problems | <input type="checkbox"/> Hospitalizations | <input type="checkbox"/> Surgeries |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Digestive Problems | <input type="checkbox"/> Broken Bones | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Urinary Problems |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Ear Infections | <input type="checkbox"/> Growth Concerns | <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Bone/Joint Problems | <input type="checkbox"/> Eating Problems | <input type="checkbox"/> Head Injuries | <input type="checkbox"/> Skin Problems | |

My child is allergic to _____ My child is allergic to Bee Stings

Please describe any conditions checked above: _____

PRESENT HEALTH STATUS:

PHYSICAL: Date of last physical exam: _____ Doctor: _____

Is your child under a doctor's care now? Yes No If yes, for what condition: _____

Is your child taking medication regularly? Yes No If yes, complete the following:

Name of medication: _____ Amount of dose: _____ Dr.: _____

Name of medication: _____ Amount of dose: _____ Dr.: _____

Type of medical insurance: _____

DENTAL: Date of last dental visit: _____ Dentist: _____

VISION: Date of last eye exam: _____ Doctor: _____

Does your child wear glasses: Yes No If yes, when are glasses to be worn? _____

Are there any other factors that you feel the school should be aware of? _____

Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____

HISTORIAL DE LA SALUD

Nombre del alumno: _____ M F Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Año Escolar: _____ Grado: _____

Niño vive con: _____ Total de niños en la Fam.: _____ Este niño es el numero: _____

HISTORIA MÉDICA (favor de marcar si su hijo ha tenido alguna de las siguientes):

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accidentes | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas Durmiendo |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de
Atención e hiperactivo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de vista | <input type="checkbox"/> Hospitalizado | <input type="checkbox"/> Operaciones |
| <input type="checkbox"/> Problemas de orín | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Quebraduras de huesos | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infección de oído | <input type="checkbox"/> Preocupación de crecimiento | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| | <input type="checkbox"/> Problema de
Hueso/Articulación | <input type="checkbox"/> Problemas de comida | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |

Mi hijo/a es alérgico a _____ Mi hijo/a es alérgico a piquetes de abeja

Por favor explique las condiciones marcadas arriba: _____

ESTADO ACTUAL DE SALUD:

EXAMEN FÍSICO: Fecha del ultimo examen físico: _____ Doctor: _____

¿Actualmente se encuentra su hijo bajo cuidado medico? Si No Si, si, por que condición: _____

¿Actualmente su hijo esta tomando medicina? Si No Si, si, complete lo siguiente:

Nombre de medicina: _____ Cuanta toma: _____ Doctor: _____

Nombre de medicina: _____ Cuanta toma: _____ Doctor: _____

Tipo de seguro medico: _____

DENTAL: Fecha de ultima visita dental: _____ Dentista: _____

VISION: Fecha de ultimo examen de vista: _____ Doctor: _____

¿Su hijo usa lentes?: Si No Si, si, ¿cuando debe usar los lentes? _____

¿Hay alguna otra cosa que usted piense que la escuela debe saber? _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Date: _____