

DOUGLAS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #27
STUDENT HEALTH HISTORY
 (To be filled out and signed by parent)

School year _____
 Student's Name _____ Date of Birth _____
 Address _____
 Parent's Name _____ Phone # _____
 Emergency contact _____ Phone # _____
 Physician _____ Phone # _____

HAS YOUR CHILD EVER HAD OR NOW HAS:

Allergies	Yes	No	Hearing Aids	Yes	No
To What? _____			Hearing Trouble	Yes	No
Anemia	Yes	No	Heart Condition	Yes	No
Arthritis	Yes	No	Hernia	Yes	No
Asthma	Yes	No	Joint Pain	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Kidney Trouble	Yes	No
Emotional Problems	Yes	No	Menstrual Cramps	Yes	No
Epilepsy	Yes	No	Migraine Headaches	Yes	No
Fainting	Yes	No	Severe Food Allergies	Yes	No
Glasses Or Contacts	Yes	No	Other _____		
Head Injury	Yes	No			

Any serious injuries, accidents or operations? _____

Is the student under doctor's treatment now? YES NO

For what? _____

What doctor? _____

Medications? _____

Do you feel there should be limits on your child's participation in activities because of symptoms of illness, injury or abnormalities of family history known to your or a physician? YES NO

Board policy permits the school nurse to give students the following over-the-counter medication after evaluation of the student's condition and with parental permission:

1. Non-aspirin, one or two tablets for minor pain.
2. Antibiotic ointment for minor infections.

I give the school nurse permission to give the above medications to my child. YES NO

PARENT'S SIGNATURE _____ DATE _____

DOUGLAS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #27
STUDENT HEALTH HISTORY
 (Para ser llenado y firmado por el padre)

Año Escolar _____
 Nombre de alumno _____ Fecha de nacimiento _____
 Domicilio _____
 Nombre de padres _____ # de teléfono _____
 Persona en caso de emergencia _____ # de teléfono _____
 Médico _____ # de teléfono _____

EL ESTUDIANTE TIENE O HA TENIDO LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MÉDICOS:

Alergias	SI	NO	Problemas auditivos	SI	NO
A qué? _____			Condicion del corazón	SI	NO
Anemia	SI	NO	Hernia	SI	NO
Artritis	SI	NO	Dolor en las articulaciones	SI	NO
Asma	SI	NO	Problemas del riñón	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Calambres menstruales	SI	NO
Problemas emocionales	SI	NO	Jaqueca	SI	NO
Epilepsia	SI	NO	Alergias Alimentarias Severas	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Aparato Audífono	SI	NO
Lentes o contactos	SI	NO	Otra condicion _____		
Lesión Craneal	SI	NO	_____		

Algún accidente, enfermedad graves, u operaciones? _____

Está bajo tratamiento médico? SI NO

Explique _____

Médico _____

Está tomando medicamentos? _____

Al participar en actividades, piensa usted que su hijo/a debe limitarse por síntomas de enfermedad lastimaduras o por abnormalidades de la historia médica de su familia que sepa usted o su médico? SI NO

De acuerdo con el reglamento de la Mesa Directiva Escolar, la enfermera puede darle a su hijo/a las siguientes medicinas que no requieren receta médica, después de determinar las condiciones del estudiante y con su permiso:

1. Una o dos pastilles sin aspirina.
2. Unguento antibiótico para infeccions menores.

Doy permiso a la enfermera escolar que le de las medicinas indicadas a mi hijo/a. SI NO

FIRMA DE PADRES _____ FECHA _____