

NORRISTOWN AREA SCHOOL DISTRICT STUDENT HEALTH HISTORY

*It is important to fill out this questionnaire completely. This information **will remain** confidential.*

Student Name _____ **Birth Date** _____

Grade _____ **Gender: Male** **Female** _____

Conditions to be discussed with the School Nurse Immediately: (Check all that apply)

- Asthma (list meds) _____
- Behavioral/Emotional (describe) _____
- Cancer (describe) _____
- Diabetes Type I _____ Type II _____ (year diagnosed) _____
- Food/Bee Sting/Latex Allergy (describe) _____
- Heart concerns (describe) _____
- Mobility concerns
(wheelchair/walker) _____
- Seizures (List meds) _____ (type of seizure) _____
- Toileting concerns (describe) _____
- Trach/oxygen history (describe) _____

Yes **No** **Request conference with the school nurse**

Other Conditions: (Check all that apply)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Lactose Intolerant |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Earaches(Tubes placed) | <input type="checkbox"/> Lead poisoning |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Eczema/skin issues | <input type="checkbox"/> Migraines |
| <input type="checkbox"/> Attention deficit(ADHD) | <input type="checkbox"/> G6PD | <input type="checkbox"/> Muscle/Bone/Joint |
| <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Hearing concern | <input type="checkbox"/> Sickle Cell disease |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder (Hemophilia) (hearing aid/FM system) | <input type="checkbox"/> Stomach concerns | <input type="checkbox"/> Vision concerns |
| <input type="checkbox"/> Concussion | <input type="checkbox"/> High Blood pressure | <input type="checkbox"/> ()glasses () contacts |
| <input type="checkbox"/> Chromosome/genetic | <input type="checkbox"/> Kidney/Bladder | |

Explain any condition checked above: _____

History of surgery - when and what for: _____

My child has NO health concerns

Restrictions: Diet _____ Activity _____

CURRENT MEDICATIONS: Include dosage, time taken and why taken:

If medication is to be administered during school hours, please have forms completed by the prescribing physician and signed by parent/guardian.

I give permission for the exchange of confidential health information between the school nurse and the prescribing health care provider/pharmacy in the event a question or concern arises.

History of Pregnancy	YES	NO	Comments
Illness of mother during pregnancy			
Labor and/or delivery extremely short			
Labor and/or delivery extremely long			
Baby born early			If so: how many weeks?
Baby had feeding problems			
Birth weight	lb.	oz.	

Growth & Development	Normal	Delayed	Comments
Child sat without support			
Child walked alone			
Speech			
Toilet training			
Child uses:	Right hand	Left hand	

STUDENTS' HEALTHCARE PROVIDERS:

Primary Care Doctor _____ Last Visit _____

Dentist _____ Last Visit _____

Eye Doctor _____ Last Visit _____

Health insurance _____

Last School Student Attended _____

Phone/Address _____

Parent/Guardian Signature

Date

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Es importante completar este cuestionario por completo. Esta información permanecerá confidencial.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado _____ Género: Masculino Femenino _____

Condiciones para ser discutidas con la enfermera de la escuela inmediatamente:

(Marque todo lo que corresponda)

- Asma (medicamento) _____
- Conducta/Emocional (describir) _____
- Cáncer (describir) _____
- Diabetes tipo I _____ tipo II _____ (año del diagnóstico) _____
- Alergia a alimentos/picadura de abeja /látex (describir) _____
- Problemas del corazón (describir) _____
- Problemas de movilidad (silla de ruedas/andador) _____
- Convulsiones (medicamento) _____ (tipos de Convulsiones) _____
- Problemas para ir al baño (describir) _____
- Traqueotomía/historial de oxígeno (describir) _____

Si No Solicitar conferencia con la enfermera escolar

Otras Condiciones: (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Dolores de oído (tubos colocados) | <input type="checkbox"/> Envenenamiento por plomo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Eczema/problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Déficit de atención (TDAH) | <input type="checkbox"/> G6PD | <input type="checkbox"/> Músculo/hueso/articulación |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de audición (audífono/sistema FM) | <input type="checkbox"/> Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado (hemofilia) | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Cromosoma/genético | <input type="checkbox"/> Riñón/vejiga | <input type="checkbox"/> () lentes () de contacto |

Explicar cualquier condición marcada anteriormente: _____

Historial de cirugía: cuándo y para qué: _____

Mi hijo **NO** tiene problemas de salud

Restricciones: Dieta _____ Actividad _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: Incluya la dosis, la hora y la razón por la que se toma: _____

Si la medicina se va a administrar durante el horario escolar, haga que el médico que la prescribe complete los formularios y sean firmados por el padre/tutor.

Doy permiso para el intercambio de información confidencial de salud entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica/farmacia que prescribe en caso de que surja una pregunta o inquietud.

Historial del embarazo	SI	NO	Comentarios
Enfermedad de la madre durante el embarazo.			
Parto y/o alumbramiento extremadamente corto			
Parto y/o alumbramiento extremadamente largo			
Nació prematuro			Si es así, ¿cuántas semanas?
Tuvo problemas para alimentarlo(a)			
Peso de nacimiento	lb.	oz.	

Crecimiento y Desarrollo	Normal	Retrazado	Comentarios
El niño se sentó sin apoyo			
El niño caminó solo			
Habla			
Aprendió a ir al baño			
El niño usa:	Mano derecha	Mano izquierda	

PROVEEDORES DE SALUD DEL ESTUDIANTE:

Doctor de atención primaria _____ Última visita _____

Dentista _____ Última visita _____

Oculista _____ Última visita _____

Seguro médico _____

Última escuela que el estudiante asistió _____

Teléfono/dirección _____

Firma del padre/tutor

Fecha

