

SCHOOL BASED HEALTH CENTER

**ELEMENTARY SCHOOLS
HEALTH HISTORY FORM (to be filled out by parent)**

Child's Name _____ Grade _____
Last First Middle
 Birthdate _____ Sex: ___ Male ___ Female School _____
 Child's Birth Order (1,2,3 etc.) _ Phone _____ Medi-Cal No. _____
 Parent's Name _____ Address _____
Street City Zip

1. MATERNAL & INFANT HISTORY

a. MATERNAL HISTORY

Complications of Pregnancy: No ___ Yes ___
 Specify _____

 Duration : Pregnancy ___ months
 Labor _____ hours
 Delivery Method _____
 Medication/Drugs taken during pregnancy? No _ Yes ___

b. INFANT HISTORY

Condition of Newborn _____
 Birth Weight: _____ lbs. _____ ozs.
 1st month complications: No _____ Yes ___
 Specify _____

2. PAST MEDICAL HISTORY AND ILLNESSES (Mark with X)

	<u>Yes</u>		<u>Yes</u>		<u>Yes</u>
Allergies	___	Red Measles (10 Day)	___	Heart Disease	___
Anemia	___	Chicken Pox	___	Kidney Disease	___
Asthma	___	Mumps	___	Meningitis	___
Diabetes	___	Rubella (3 day)	___	Sickle Cell	___
Drug Allergy	___	Scarlet Fever	___	Convulsions	___
Epilepsy	___	Whooping Cough	___	Rheumatic Fever	___
Ear Infections	___	Tuberculosis	___	Meningitis	___
Frequent Colds	___	Polio	___	Alcoholism	___
Sore Throats	___	Diphtheria	___	Smoking	___
Wheezing	___	Pneumonia	___	Substance Abuse	___
High Blood Pressure	___	Hospitalizations	___	Surgeries	___
Other _____					

3. FAMILY HISTORY (Mark with X the conditions any family members have had)

	<u>Yes</u>		<u>Yes</u>		<u>Yes</u>
Rheumatic Fever	___	Syphilis	___	Mental Retardation	___
Tuberculosis	___	Bleeding Disorder	___	Mental Disease	___
Diabetes	___	Jaundice	___	Obesity	___
Epilepsy	___	Kidney Disease	___	Birth Defects	___
Cancer	___	Asthma	___	Alcoholism	___
Hypertension	___	Anemia	___	Smoking	___
Heart Disease	___	Allergies	___	Substance Abuse	___
If "Yes", specify family member and condition _____					

4. GENERAL HEALTH, FAMILY (Mark with X)

	<u>Good</u>	<u>Fair</u>	<u>Poor</u>	
Mother	___	___	___	(Briefly explain) _____
Father	___	___	___	_____
Siblings	___	___	___	_____

Date _____ Signed _____
Parent or Guardian

CENTRO DE SALUD ESCOLAR

ESCUELA PRIMARIA

FORMA DE HISTORIA DE SALUD (para que la completen los padres)

Nombre del Niño _____ Grado _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: ___ Masculino ___ Femenino Escuela _____

Orden de Nacimiento del Niño (1,2,3, etc.) _ Teléfono _____ Medi-Cal No. _____

Nombre del Padre _____ Domicilio _____

1. HISTORIA MATERNA Y DEL INFANTE

a. HISTORIA MATERNA

Complicaciones del Embarazo: No ___ Sí ___

Especifique _____

Duración: Embarazo _____ meses

Parto _____ horas

Forma de Parto _____

b. HISTORIA DEL INFANTE

Condición del Recién Nacido _____

Peso al Nacer: ___ lbs. ___ ozs.

Complicaciones el 1er, mes: No ___ Sí ___

Especifique _____

2. HISTORIA MEDICA Y DE ENFERMEDADES (Marque con X)

Table with 4 columns: Sí, Sí, Sí. Rows include Alergias, Anemia, Asma, Diabetes, Alergia a Medicinas, Epilepsia, Infección de Oídos, Resfríos Frecuentes, Dolor de Garganta, Resuello Dificultoso, Alta Presión Arterial, Sarampión (10 días), Varicella, Paperas, Rubela (3 días), Fiebre Escarlatina, Tos Ferina, Tuberculosis, Polio, Difteria, Pulmonía, Hospitalizaciones, Operaciones, Enfermedad del Corazón, Enfermedad de los Riñones, Meningitis, Célula Falsiforme, Convulsiones, Fiebre Reumática, Meningitis, Alcoholismo, Fuma, Abuso de Sustancias, Restringidas.

3. HISTORIA FAMILIAR (Marque con X las enfermedades que cualquiera de los miembros de la familia hayan tenido)

Table with 4 columns: Sí, Sí, Sí. Rows include Fiebre Reumática, Tuberculosis, Diabetes, Epilepsia, Cáncer, Alta Presión, Enfermedad del Corazón, Sífilis, Hemorragias, Ictericia, Enfermedad de los Riñones, Asma, Anemia, Alergias, Retardo Mental, Enfermedad Mental, Obesidad, Defectos de Nacimiento, Alcoholismo, Fuma, Abuso de Sustancias, Restringidas.

4. SALUD GENERAL DE LA FAMILIA (Marque con X)

Table with 4 columns: Buena, Regular, Mala, (Explique Brevemente). Rows include Madre, Padre, Hermanos/as.

Fecha _____ Firma _____ Padre o Tutor