

**STUDENT HEALTH HISTORY FORM UPDATE
OAK VALLEY UNION SCHOOL DISTRICT**

Grade _____

Teacher _____

Date _____

Student's Name _____ Male ☐ Female ☐ Birthdate _____

Address _____ City _____ Telephone _____

Father's Name _____ Mother's Name _____

Living with Student? ☐ Yes ☐ No Living with Student? ☐ Yes ☐ No

Employer _____ Employer _____

Business phone _____ Business phone _____

STUDENT HEALTH HISTORY:

Illness Year

Asthma _____

Shortness of Breath _____

With Activity _____

Persistent Cough or _____

Cough at night _____

Frequent Pneumonia _____

Frequent Ear Infections _____

Seizures/Convulsions _____

Fainting Spells _____

Heart Disorder _____

Diabetes _____

High or Low Blood _____

Sugar _____

Chronic Rashes _____

Do you have Health Insurance? Yes _____ No _____

Do you have MEDICAL? Yes _____ No _____

Allergies Year Comments

Bee/Insect Bites _____

Medication _____

Food _____

Other _____

Other Significant illness, accidents, operations, limitations, and medications: _____

Is there anything about your child's health at the present time that worries you?

If so what? _____

Does your child take any medication regularly? _____

If yes, what? _____ Why? _____

When did your child last have a medical examination? _____ (date)

Has your child ever been treated for hearing problems? _____

If yes, date of last examination _____

Does your child wear glasses? _____ Name of eye doctor _____

Date of last dental exam? _____ Name of dentist _____

_____ Date

_____ Signature of Parent/Guardian

ACTUALIZACION DE HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE DISTRITO ESCOLAR DE OAK VALLEY

Grado _____ Fecha _____

Maestra _____

Nombre de Estudiante _____ Male ☐ Female ☐ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad _____ Telefono _____

Nombre de Padre _____ Nombre de Madre _____

Vive con Padre? ☐ Si ☐ No Vive con Madre? ☐ Si ☐ No

Lugar de Empleo _____ Lugar de Empleo _____

Telefono de Trabajo _____ Telefono de Trabajo _____

HISTORIA DE SALUD DE ESTUDIANTE:

Enfermedad **Año**

Asma _____

Cortedad de Repiro _____

con Actividad _____

Toz Persistente o _____

Toz en la noche _____

Pulmonia con _____

Frecuencia _____

Infeccion de Oidos _____

con Frecuencia _____

Ataque/Convulsiones _____

Desmayos _____

Enfermedad del _____

Corazon _____

Diabetes _____

Alta o Baja Azucar _____

en la Sangre _____

Sarpullido Cronico _____

Tiene Aseguranza de Salud? Si _____ No _____

Tiene MEDICAL? Si _____ No _____

Alergias **Año** **Comentarios**

Picadura de Abeja/ _____

Insectos _____

Medicamento _____

Comida _____

Otro _____

Otras enfermedades significantes, cirujias, limitaciones, y medicamentos: _____

Tiene Ud. alguna otra cosa que le preocupa de la salud de su nino/a en lo presente? _____

Si hay, que es? _____

Toma su nino/a cualquier medicamento regularmente? _____ Porque? _____

Cuando fue la ultima vez que su nino/a recibio un examen del medico? _____ (fecha)

Su nino/a ha recibido tratamientos por problemas auditorias? _____

Si la repuesta es si, por favor escriba la fecha de la ultimo examinacion _____

Su nino/a usa lentes? _____ Nombre de Medico _____

Fecha de ultimo examen dental? _____ Nombre de Dentista _____

Fecha

Firma de Padre/Guardian