



CITY OF MERIDEN
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
SCHOOL HEALTH PROGRAM
203-630-4234
HEALTH HISTORY FORM

Dear **PARENT/GUARDIAN**: Please complete the information below.

Student's Name: _____ **Date of Birth:** _____

Gender Designated at Birth: _____ **Gender Identity:** _____

Address: _____ **Home phone:** _____ **Cell phone:** _____

School/Grade: _____ **Student's Physician:** _____

Parent/Guardian's Name (please print): _____

Please check if your child has or has had any of the following:

	DATE		DATE
ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	Nosebleeds	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Physical Limitations	<input type="checkbox"/>
Anxiety	<input type="checkbox"/>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>
Arthritis	<input type="checkbox"/>	Premature	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>
Autism	<input type="checkbox"/>	Scoliosis	<input type="checkbox"/>
Blood Disorder	<input type="checkbox"/>	Seizures	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	Sickle-Cell Trait/Disease	<input type="checkbox"/>
Cardiac Condition	<input type="checkbox"/>	Skin Disorder	<input type="checkbox"/>
Celiac Disease	<input type="checkbox"/>	Toileting Difficulties	<input type="checkbox"/>
Chicken Pox	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Dental Braces	<input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/> _____	
Depression	<input type="checkbox"/>	ADDITIONAL INFORMATION	
Developmental Disorder	<input type="checkbox"/>	ABOUT YOUR CHILD	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	1. Any allergies to: (If Yes-Reaction) Epipen Required?	
Ear Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medications <i>Specify:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Eating Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Foods <i>Specify:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Endocrine Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bee Stings <i>Specify:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Eye Vision Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Other <i>Specify:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fainting	<input type="checkbox"/>	2. Is your child taking medication(s)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Fractures	<input type="checkbox"/>	Specify: _____	
Frequent Headaches	<input type="checkbox"/>	Will they need to take any medications at school? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Genetic Disorder	<input type="checkbox"/>	Specify: _____	
German Measles	<input type="checkbox"/>	3. Does your child wear glasses/contact lenses? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Head Injury	<input type="checkbox"/>	4. Does your child wear a hearing aid? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	5. Does your child use a wheelchair/walker or wear a leg brace? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	6. Has your child ever been hospitalized? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	Reason: _____	
Hyperactivity	<input type="checkbox"/>	Date: _____	
Immune Deficiency	<input type="checkbox"/>	7. Has your child had surgery? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Kidney Disorder	<input type="checkbox"/>	Type: _____	
Lead Poisoning	<input type="checkbox"/>	Date: _____	
Liver Disorder	<input type="checkbox"/>	8. Does your child have health insurance? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Lyme Disease	<input type="checkbox"/>	9. Does your child visit a dentist? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Measles	<input type="checkbox"/>		
Meningitis	<input type="checkbox"/>		
Menstrual Disorder	<input type="checkbox"/>		
Migraine Headaches	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>		
Muscle/Bone/Spine Disorder	<input type="checkbox"/>		

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE MERIDEN
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
203-630-4234
HISTORIAL MEDICO

Apreciados **PADRES/GUARDIAN**: Por favor de llenar la información abajo.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género designado en el nacimiento: _____ Identidad de Género: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____ Móvil: _____

Escuela/Grado: _____ Médico de cabecera: _____

Nombre de Padre/Madre/Tutor (Use Letras de Imprenta): _____

Marque la si el estudiante tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

FECHA

FECHA

TDAH/TDA	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>
Trastorno Sanguíneo	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>
Condición Cardíaca	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>
Frenillos Dentales	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Trastorno Del Desarrollo	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Trastorno De Oído	<input type="checkbox"/>
Trastorno Alimentario	<input type="checkbox"/>
Trastorno Endocrino	<input type="checkbox"/>
Dificultad Con La Visión	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>
Frecuente Dolor De Cabeza	<input type="checkbox"/>
Trastorno Genético	<input type="checkbox"/>
Sarampión Alemán	<input type="checkbox"/>
Trauma En La Cabeza	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>
Trastorno Renal (Riñón)	<input type="checkbox"/>
Envenenamiento Por Plomo	<input type="checkbox"/>
Trastorno Del Hígado	<input type="checkbox"/>
Enfermedad De Lyme	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>
Trastornos Menstruales	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>
Trastorno De Músculos/Huesos/Columna Vertebral	<input type="checkbox"/>

Sangrado Nasal	<input type="checkbox"/>
Limitaciones Físicas	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>
Nacimiento Prematuro	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>
El Rasgo De Células Falciformes	<input type="checkbox"/>
Trastorno Cutáneo (Piel)	<input type="checkbox"/>
Dificultad Para Ir Al Baño	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Otro (<i>Especificar</i>): _____	<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN ADICIONAL
DE SU HIJO(A)**

1. Alegria a algún: (si es así-reacción) **Requiere EpiPen?**
 Medicamentos *Especificar*: _____ Sí No
 Comida *Especificar*: _____ Sí No
 Picadura de insecto *Especificar*: _____ Sí No
 Otro *Especificar*: _____ Sí No

2. Toma medicamentos diariamente? Sí No
Especificar: _____

Necesitará tomar algún medicamento en la escuela? Sí No
Especificar: _____

3. Usa lentes de contacto o anteojos? Sí No

4. Usa un aparato auditivo? Sí No

5. Usa una silla de ruedas/andador/un aparato ortopédico para las piernas? Sí No

6. Alguna vez ha estado hospitalizado? Sí No
Razón: _____
Fecha: _____

7. Ha tenido alguna operación/cirugía? Sí No
Razón: _____
Fecha: _____

8. Su hijo tiene seguro médico? Sí No

9. Su hijo visita al dentista regularmente? Sí No

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ **Fecha:** _____