



Fontana Unified School District / Distrito Escolar Unificado de Fontana
 Enrollment Center / Centro de Inscripciones
 9548 Citrus Ave., Fontana, CA 92335
 909-357-5000 ext. 29555
 enrollmentcenter@fusd.net

Health History
Historia de salud

Student's Name: _____ Birth Date: _____
Nombre de Estudiante *Fecha de Nacimiento*

School: _____ Grade: _____ Student I.D. #: _____
Escuela *Grado* *Número de I.D. del estudiante*

Does your child have the following? (Please, mark yes or no) Tiene su Niño(a) alguno de lo siguiente? (Por favor, marque sí o no)			
	Yes/Sí	No	Specify / Especifique
ADD/ADHD (Diagnosed by doctor) <i>desorden de déficit de atención/desorden hiperactivo y déficit de atención (Diagnosticado por el doctor)</i>			
Allergies (Food or Environmental) <i>Alergias (Alimentos o medio ambiente)</i>			
Asthma <i>Asma</i>			
Bee Sting Allergy <i>Alergia de picadura de abeja</i>			Type of reaction? <i>Tipo de reacción?</i>
Birth History / <i>Historia del Nacimiento</i> Pre-term / <i>Prematuro</i>			Length of stay in hospital: <i>Estancia en el hospital:</i>
Chemically sensitive <i>Sensitivo a químicos</i>			
Diabetes <i>Diabetes</i>			Takes insulin? Yes/Sí ____ No ____ <i>Toma insulina?</i>
Ear infections <i>Infecciones del oído</i>			
Eczema <i>Eczema</i>			
Epilepsy or Seizures <i>Epilepsia o convulsiones</i>			
Hearing problem <i>Problemas de oír</i>			
Heart condition <i>Condición del corazón</i>			
Hemophilia <i>Hemofilia</i>			
Orthopedic condition <i>Condición ortopédica</i>			
Speech problem <i>Defecto del habla</i>			
Takes daily medication <i>Toma medicamento diario</i>			
Takes emergency medication <i>Toma medicamento de emergencia</i>			
Vision problem <i>Problemas de la vista</i>			
Does your child have any other serious health conditions? <i>Tiene su hijo/a alguna otra condición de salud seria</i>			

MEDICAL INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Does your child have Medical Insurance? / Tiene Seguro Médico su hijo/a? Yes / Sí ____ No ____

Name/Nombre: _____

Policy or Group Number/Número de Póliza o Grupo: _____

Does your child have Medi-Cal? / Tiene Medi-Cal su hijo/a? Yes / Sí ____ No ____

If yes, provide the BIC Number: _____

Si es así, proveer el número de tarjeta

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____
Firma de los padres o tutor *Fecha*