

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT / DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA

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? Yes / Sí ____ No ____

Tiene Seguro Médico su hijo/a?

Name/Nombre: _____

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

Does your child have Medi-Cal? Yes / Sí ____ No ____

Tiene Medi-Cal su hijo/a?

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