

West Cape May Elementary School Student Health History Form

- Form must be completed and signed by parent at registration before start of school.

DEMOGRAPHIC DATA

Student's name: _____ Date enrolled: _____

Grade: _____ Birth date: _____ Male: Female:

Student's address: _____

Parent/Guardian names - Mother: _____ Father: _____

Phone: _____ Sibling names/ages: _____

MEDICATIONS

List medications given daily: _____

Reason given: _____

ALLERGIES

Yes, indicate type of known allergies below

None known

	Name/Type	Reaction	Treatment
Animals	_____	_____	_____
Drugs	_____	_____	_____
Environmental	_____	_____	_____
Foods	_____	_____	_____
Bees/wasps	_____	_____	_____

HEALTH HISTORY (Please check all conditions your child has or has had, and explain below)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Developmental delays | <input type="checkbox"/> Menstrual problems | <input type="checkbox"/> Skin problems |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/joints | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mental health issues | <input type="checkbox"/> Stomach problems |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hearing problems | <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> Surgeries |
| <input type="checkbox"/> Birth defects | <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> Physical limitations | <input type="checkbox"/> Urinary problems |
| <input type="checkbox"/> Blood disorder | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Relationship issues | <input type="checkbox"/> Visual problems |
| <input type="checkbox"/> Bowel problems | <input type="checkbox"/> Hospitalizations | <input type="checkbox"/> Seizures, tics or tremors | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Learning problems | <input type="checkbox"/> Serious illnesses | |

Health concern checked above	Age of child @ diagnosis	Hospitalization date(s)	Long-Term Problems
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Escuela Primaria West Cape May
Formulario de Historia Médica para Estudiantes

• El formulario debe ser completado y firmado por el padre en el registro antes del comienzo de la escuela.

Datos Demográficos

Nombre del estudiante: _____ Fecha inscrito: _____

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre: Mujer:

Dirección del estudiante: _____

Nombres del padre / tutor - Madre: _____ Padre: _____

Teléfono: _____ nombres/edades entre hermanos: _____

MEDICAMENTOS

Lista de medicamentos administrados diariamente: _____

La razón dada: _____

ALERGIAS Sí, indique el tipo de alergias conocidas por debajo de No se conoce ninguno

	Nombre/Tipo	Reacción	Tratamiento
Animales	_____	_____	_____
Drogas	_____	_____	_____
Ambiental	_____	_____	_____
Alimentos	_____	_____	_____
Las abejas/avispas	_____	_____	_____

HISTORIA DE LA SALUD (Sírvase indicar todas las condiciones de su hijo tiene o ha tenido, y explique abajo)

- ADD / ADHD Los retrasos del desarrollo Problemas menstruales Problemas de la piel
- Artritis/articulaciones Diabetes problemas de salud mental Los problemas estomacales
- Asma Los problemas de audición jaquecas Cirugías Los defectos de nacimiento
- problemas del corazón limitaciones físicas Problemas urinarios trastornos de la sangre
- la hepatitis problemas de relación problemas visuales problemas intestinales
- Hospitalizaciones convulsiones, tics o temblores Otros Cáncer
- Los problemas de aprendizaje Enfermedades graves

Preocupación por la salud verificado anteriormente Edad del niño al diagnóstico Hospitalización fecha(s)
Problemas de Largo Plazo(s)

EMBARAZO Y LA HISTORIA DE NACIMIENTO

Edad de la madre al momento del embarazo: _____

Student Health History Form (cont.)

PREGNANCY AND BIRTH HISTORY

Mom's age at time of pregnancy: _____

Any problems with mom or baby during the pregnancy? _____

Length of pregnancy: ___ weeks Length of labor: ___ hours Baby's birth weight: ___ lbs. ___ oz.

Any complications with delivery or baby after birth? _____

SPEECH AND LANGUAGE DEVELOPMENT

Are you concerned your child has or has had a problem with speech or language development? _____

What are your concerns? _____

Any past speech therapy? _____ Where and when? _____

DIETARY

Do you have any concerns about your child's nutrition? _____

Any weight concerns? _____ Does your child eat breakfast? _____ lunch? _____ dinner? _____

Does your child have any dietary restrictions? _____

OTHER CONCERNS

Please share other information or concerns about your child's emotional, physical, or developmental growth.

Please share any family circumstances or behavioral concerns you have about your child.

Check if you would like a conference with the school nurse.

I give permission for my child to receive non-invasive health screening that may include: hearing, vision, height, weight (including Body Mass Index), temperature, blood pressure, pulse, scoliosis, head and neck, and dental hygiene checks.

Parent/Guardian

Printed name: _____ Relationship: _____

Parent/Guardian

Signature: _____ Date: _____

NJ FamilyCare provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low-income parents. For more information, call 800-701-0710 or visit www.njfamilycare.org to apply online. You may release my name and address to NJ FamilyCare Program to contact me about health insurance.

Parent/Guardian

Printed name: _____ Relationship: _____

Parent/Guardian

Signature: _____ Date: _____

Cualquier problema con la mamá o el bebé durante el embarazo? _____ Duración del embarazo: ___ semanas Duración del trabajo: ___ horas peso al nacer del bebé: ___ libras ___ Oz
Las complicaciones con el parto o después del nacimiento del bebé?

Habla y el lenguaje

¿Le preocupa que su hijo tiene o ha tenido un problema con el habla o el desarrollo del lenguaje?

¿Cuáles son sus preocupaciones? _____

Cualquier terapia del habla pasado? _____ ¿Dónde y cuándo?

DIETÉTICA

¿Tiene alguna preocupación acerca de la nutrición de su hijo?

Los problemas de peso? _____ ¿Come su hijo el desayuno? _____ Almuerzo? _____ La Cena? _____

¿Su hijo tiene alguna restricción alimenticia? _____

OTRAS PREOCUPACIONES

Por favor comparta otra información o preocupaciones sobre el crecimiento emocional, físico, o del desarrollo de su hijo. Por favor, comparta alguna situación familiar o preocupaciones del comportamiento que tenga sobre su hijo.

¿Está su hijo en un IEP o Plan 504? Sí No

Compruebe si usted desea una conferencia con la enfermera escolar.

Doy permiso para que mi hijo reciba la detección no invasiva de la salud que pueden incluir: oído, vista, altura, peso (incluido el índice de masa corporal), la temperatura, la presión arterial, el pulso, la escoliosis, la cabeza y el cuello, y los controles de higiene dental.

Padre / Tutor

Nombre impreso: _____ Relación: _____

Padre / Tutor

Firma: _____ Fecha: _____

NJ FamilyCare ofrece seguro médico gratuito o/a bajo costo para niños sin seguro médico y algunos padres de bajos ingresos. Para obtener más información, llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para solicitar en línea. Puede liberar mi nombre y dirección al programa NJ FamilyCare en contacto conmigo acerca de los seguros de salud.

Padre / Tutor

Nombre impreso: _____ Relación: _____

Padre / Tutor

Firma: _____ Fecha: _____