

**HACKENSACK SCHOOLS
STUDENT HEALTH HISTORY**

Child's Name _____ Date of Birth _____

Address _____ Phone # _____

Please complete the following health history, in order to keep our student health records current.

	YES	NO	If yes, please indicate date	Treatment and/or restrictions recommended by physician
Allergies**	_____	_____	_____	_____
Asthma	_____	_____	_____	_____
Blood disorders	_____	_____	_____	_____
Chicken Pox	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Head Injury	_____	_____	_____	_____
Headaches	_____	_____	_____	_____
Heart problems	_____	_____	_____	_____
Hearing problems	_____	_____	_____	_____
Seizures	_____	_____	_____	_____
Skin conditions	_____	_____	_____	_____
Speech/language	_____	_____	_____	_____
Urinary problems	_____	_____	_____	_____
Vision/Glasses	_____	_____	_____	_____
Other	_____	_____	_____	_____

(If needed, use back of sheet for additional information)

****Specific Allergies:** _____

Any other information related to health: Yes ___ No ___

Explain: _____

Has your child ever been hospitalized for illness or surgery: Yes ___ No ___ If yes, what year _____

Explain: _____

Is your child presently taking a prescription medication: Yes ___ No ___

If yes, please indicate name of medication, dosage, time of day given and reason for use.

Birth Weight _____ Full Term _____ Premature _____

Were there any problems during pregnancy or birth: Yes ___ No ___

Explain: _____

I give my permission to share this information with appropriate school staff.

**ESCUELAS PUBLICAS DE HACKENSACK
REGISTRO DE SALUD ESTUDIANTIL**

Nombre del niño (a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Favor de completar las siguientes preguntas.

	SI	NO	Al indicar "SI" de la fecha	Tratamiento/restriccion Medica por Doctor
Alergias**	_____	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	_____
Problemas de sangre	_____	_____	_____	_____
Varicella	_____	_____	_____	_____
Diabetis	_____	_____	_____	_____
Heridas a la cabeza	_____	_____	_____	_____
Dolores de cabeza	_____	_____	_____	_____
Problemas de corazon	_____	_____	_____	_____
Problemas de oido	_____	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	_____
Problemas en la piel	_____	_____	_____	_____
Problemas en hablar	_____	_____	_____	_____
Problemas urinarios	_____	_____	_____	_____
Vision	_____	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____	_____

(Favor de usar lado dorso para informacion adicional)

**Tipo de alergias: _____

Otros problemas de salud: Si _____ No _____

Explique: _____

¿Ha estado hospitalizado el niño/la niña?: Si _____ No _____ Fecha _____

Explique: _____

¿Esta tomando su hijo/hija una medicina recetada? Si _____ No _____

Indique el nombre de la medicina, dosis, cuando la toma y la razon.

Peso del niño/niña al nacer _____ De nueve meses? _____ Prematuro _____

¿Tuvo la madre problemas durante el embarazo o el parto? Si _____ No _____

Explique: _____

Tienen mi permiso para compartir esta informacion con directores de la escuela.

Fecha _____ Firma de padres/guardiantes _____