



Vista Unified School District
 Student Health History / Historial De Salud Del Estudiante
 2019-2020

Required Form: Fill out completely / Documento requerido: Llenar completamente

Student's Legal Name/Nombre del Alumno: _____
Last/APELLIDO, First/NOMBRE Middle/SEGUNDO NOMBRE

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____ Grade/Grado: _____

My child has **no known health concerns***
 My child wears glasses – Yes _____ No _____
 My child has hearing aids – Yes _____ No _____
***IF NO KNOWN HEALTH CONCERNS
 DO NOT CONTINUE.**
 Please sign, date and submit to your child's school.

No se conoce ningún problema de salud con mi hijo(a)*
 Mi hijo(a) usa anteojos – Sí _____ No _____
 Mi hijo(a) tiene dispositivos auditivos – Sí _____ No _____
***SI NO SE CONOCE NINGÚN PROBLEMA DE SALUD
 NO CONTINÚE.**
 Favor de firmar, indicar la fecha y entregar a la escuela de su hijo(a).

My child has a history of (check all that apply):

Mi hijo(a) tiene historial de (marque las que correspondan):

- ADD/ADHD - medications: _____
 - Allergy – allergic to: _____
 My child has an Epi Pen – Yes _____ No _____
 My child takes Benadryl – Yes _____ No _____
 - Asthma – medications: _____
 - Diabetes – (must consult with nurse)
 - Epilepsy/seizures –
 seizure type: _____
 medications: _____
 - Migraine headaches – medications: _____
 - History of concussion? – when: _____
 Deficits?: _____
 Limitations: _____
 - My child needs medications at school –
 Yes _____ No _____
 IF YES, PLEASE SEE SCHOOL NURSE FOR PAPERWORK
- Other Health problems not listed?

- TDA/TDAH – medicamentos: _____
 - Alergias - alérgico a: _____
 Mi hijo(a) tiene un Epi Pen – Sí _____ No _____
 Mi hijo(a) toma Benadryl – Sí _____ No _____
 - Asma – medicamentos: _____
 - Diabetes – (debe consultar con la enfermera)
 - Epilepsia/convulsiones –
 Tipo de convulsión: _____
 Medicamentos: _____
 - Dolores de cabeza tipo migraña - medicamentos: _____
 - ¿Historial de concusión? – cuándo: _____
 ¿Déficits?: _____
 Limitaciones: _____
 - Mi hijo(a) necesita medicamentos en la escuela –
 Sí _____ No _____
 EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR CONSULTE CON LA ENFERMERA ESCOLAR PARA TRÁMITES
- ¿Otros problemas de salud que no han sido nombrados?

Parent/Legal Guardian Signature / Firma del padre/madre/tutor legal

Date / Fecha