

**FALLBROOK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT**  
Health History - Student Annual Update

School Year: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

Father's Name/Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Mother's Name/Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

**\*MUST CONTACT SCHOOL NURSE – ADDITIONAL FORMS NEEDED FOR SCHOOL.**

MEDICAL HISTORY	YES	NO	NOTES/EXPLANATION
Asthma			Inhaler Prescribed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes*
Epilepsy/Seizures			Diastat Prescribed? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> Yes* Date of Last Seizure: _____
Severe Allergy			EpiPen/Medication Prescribed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes* (Please Explain Below) If Yes, When was the EpiPen last used? _____
Food Allergy			EpiPen/Medication Prescribed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes* (Please Explain Below) If Yes, When was the EpiPen last used? _____
Seasonal Allergies			Medication Required at school? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes* (Please Explain Below)
Diabetes			Medication Prescribed? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> Yes* (Please explain Below)
Medication Taken at Home?			Name of Medication: _____
Eye Problems/Glasses			Wears Glasses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date of Last Eye Exam: _____
History of Recent or Serious Injury/Operation?			
Digestive Disorder			
Endocrine Disorder			
Hearing Problems			
Speech Disorder			
Urinary/Kidney Problems			
Heart/Blood Condition			
Orthopedic Problems			
Emotional Concerns			
ADD/ADHD			
Other:			

**Known Allergies** (Please describe trigger & allergic reaction): \_\_\_\_\_

**Medications Needed at School\*** (Name, Time, Dose & Reason, Doctor's Note Required): \_\_\_\_\_

**Any P.E. Restrictions?** (Doctor's Note Required): \_\_\_\_\_

**Are there any problems you would like to discuss with the school nurse?** \_\_\_\_\_

Physician/Doctor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I hereby certify that the health history of this child is correct to the best of my knowledge and agree to the disclosure of my child's health information between FUESD and external health care professionals.

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**FALLBROOK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT**  
Historia De Inmunización/Salud - Actualización Anual Para El Estudiante

School Year

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar/Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar/Trabajo: \_\_\_\_\_

**\*Comuníquese con la enfermera de la escuela - Se necesitan formularios adicionales.**

HISTORIA MEDICA	SI	NO	NOTAS/EXPLICACIÓN
Asma			Necesita Inhalador en la escuela? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Desórdenes Convulsivos/Epilepsia			Necesita Diastat? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* ¿Qué fecha fue la convulsión más reciente?
Alergia severa			¿Recibe Medicamento (EpiPen)? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación) ¿Cuándo se usó el EpiPen por última vez? _____
Alergia alimentaria severa			¿Recibe Medicamento (EpiPen)? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación) ¿Cuándo se usó el EpiPen por última vez? _____
Alergias estacionales (Polen / polvo / clima)			Necesita Medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Diabetes			¿Recibe Medicamento? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Recibe Medicamento en casa			Nombre de Medicamento: _____
Problemas de los Ojos/Lentes			¿Usa Lentes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha de la última examinación de ojos: _____
Enfermedades Serias/Heridas u operaciones			
Problemas digestivos			
Problemas endocrinos			
Problemas Auditivos			
Defecto del Habla			
Problemas Urinarios/Riñones			
Condición del Corazon/Sangre			
Problemas Ortopédicos			
Preocupaciones emocionales			
Desorden de Déficit de Atención			
Otros Problemas:			

**Alergias Conocidas:** (Describa la causa y la reacción alérgica): \_\_\_\_\_

**¿Necesita Medicamento en la escuela?\*** (Nombre, Hora, Dosis y Razón, Se requiere Nota de Medico): \_\_\_\_\_

**¿Restricciones de la educación física?** (Se requiere Nota del Medico): \_\_\_\_\_

**¿Hay algún problema del cual le gustaría hablar con la enfermera de la escuela?** \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que el historial de salud de este niño es correcto y está de acuerdo con mi conocimiento y también estoy de acuerdo con la divulgación de la información de salud de mi hijo entre FUESD y los profesionales externos de la salud.

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_