



RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES

815 S. Willow Avenue, Rialto, CA 92376 • Tel (909) 873-4302 • Fax (909) 873-4303

STUDENT HEALTH HISTORY

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____

School: _____ **Grade:** _____

Please read this form and check any illnesses or conditions your child has.

Write/list health conditions, medications, explanations to any checked conditions under the “comments” section.

- No Known Health Problems**
- Serious accidents or hospitalizations
- Allergies requiring treatment: _____
- Treatment required: _____
- Diabetes: Insulin dependent: Yes No
- Epilepsy/Seizures
- Date of Late Seizure: _____ Type of Seizure: _____
- Hearing Loss: Right Left Hearing Aids: Yes No
- Psychological Problems Diagnosis: _____
- Asthma
- ADHD / ADD
- Autism
- Birth Defects / Genetic Disorders
- Blood / Bleeding Disorders
- Cerebral Palsy
- Cancer / Leukemia
- Heart Problems / Heart Surgery
- Kidney Disorder/Bladder Problems
- Vision Impairment
- Positive PPD/TB skin test: Chest x-ray date and results: _____
Treatment required: Yes No If YES, explain: _____
- Requires “specialized health procedure”. **Explain under “Comments”.**

Comments / Other Conditions / Medications: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____



RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES

260 S. Willow Avenue, Rialto, CA 92376 • Tel (909) 873-4302 • Fax (909) 873-4303

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Por favor lea y marque cualquier enfermedad o condición que su hijo(a) tenga.

Escriba/liste condiciones de salud, medicamentos, explique cualquier condición marcada abajo en la sección de comentarios.

- Ningun Problema de Salud Conocido
- Accidente o hospitalización seria
- Alergias que requieren tratamiento: _____
- Tratamiento requerido: _____
- Diabetes: Dependiente de Insulina: Si No
- Epilepsia / Ataque epiléptico
- Fecha del último ataque: _____ Tipo de ataque: _____
- Perdida de oído: Derecho Izquierdo Audífono: Si No
- Problemas Sicológicos Diagnostico: _____
- Asma
- ADHD (Hiperactivo) / ADD
- Autismo
- Defecto de Nacimiento / Desorden Genéticos
- Desorden de Sangre / Sangramiento
- Parálisis Cerebral
- Cáncer / Leucemia
- Problemas del corazón / Cirugías del Corazón
- Desorden del Riñón / Problemas con la Vejiga
- Impedimento en la Vista
- PPD/TB Positivo de la piel: Fecha y resultado de rayo-x de los pulmones: _____
Tratamiento: Si No Si SI, explique: _____
- Requiere "cuidado especial de salud". **Explique abajo en la seccion de "comentarios".**

Comentarios / Otras Condiciones / Medicamentos: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____