

HEALTH HISTORYChild's Name: _____ D.O.B.: ___ / ___ / ___ Sex: M F

Site: _____ Class/HV: _____

Medical history information is confidential. You have the right to not answer all questions. Staff will write "left blank" for questions not answered by parent.

NEWBORN INFORMATION Term Premature – If Premature, was it more than 2 weeks? Yes No Any Health Problems? Yes No **(if yes, refer to Health Manager)** Difficulty Breathing Heart Murmur Infections Transfusions Jaundice Seizures

Comments: _____

CHILD'S MEDICAL HISTORY (for selected conditions that require ongoing medical care, refer to Health Manager) Traumas/injuries Seizures Epilepsy Chicken Pox Infections (Ear, Throat, Kidneys) Hearing Problems Rheumatic Fever Eczema Diabetes Lead Anemia Visual Problems Asthma Liver Disease Sickle Cell Disease Pneumonia/RSV Stomach Pain---Vomiting, Diarrhea Heart/Blood Vessel Disease**ALLERGIES (if yes, refer to Health Manager)** Yes No If yes, please list (Foods/Drugs/Environment/Bee Stings, etc.): _____ EpiPen Yes NoIs your child currently taking any medications that may be given during center hours? Yes No If yes, please list: _____**OTHER CIRCUMSTANCES**Mental Health Provider? Yes No If yes, please list: _____Disability? Yes No If yes, please list: _____Immunization Current? Yes No Record Unavailable **(if no or record unavailable, refer to Health Manager)**

Medical Insurance Provider: Health Plan: _____ or Private Insurance: _____

Medical Provider/ Home at Enrollment Yes No **(if no, assist family with obtaining medical home):** Please list: _____Dental Provider/ Home at Enrollment Yes No **(if no, assist family with obtaining dental home):** Please list: _____

Additional Comments: _____

Parent/Guardian Signature_____
Date_____
Staff Signature_____
Date**AGENCY USE ONLY**

Reviewed by: _____ Title: _____ Date: _____

HISTORIA DE SALUD

(Health History)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: M F
Lugar: _____ Clase/HV: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

La información de la historia médica es confidencial. Usted tiene el derecho de no contestar las preguntas. El personal marcará las preguntas “dejadas en blanco” en las preguntas no contestadas por los padres.

EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

Completo Prematuro – Si Prematuro, ¿fue más de 2 semanas? Si No

Algún Problema de Salud: Si No **(en caso afirmativo, refiérase al administrador de salud)**

Dificultad al Respirar Soplo en el corazón Infecciones Transfusiones Ictericia Ataques

Comentarios: _____

HISTORIA MEDICA DEL NIÑO **(para condiciones seleccionadas que requieren atención médica continua, refiérase al administrador de salud)**

Traumas/lesiones Ataques Epilepsia Varicela Infecciones (Oído, Garganta, Riñones)

Problemas del Oído Fiebre Reumática Eczema Diabetes Plomo

Anemia Problemas Visuales Asma Enfermedad del Hígado Enfermedad de Célula Falciforme

Neumonía/RSV Dolor de Estómago, Vómito, Diarrea Enfermedades del Corazón/Vasos Sanguíneos

ALERGIAS **(en caso afirmativo, refiérase al administrador de salud)**

Si No Si sí, por favor indique (Comida, Medicamento, Medio ambiente/ Picaduras de Abejas, etc.): _____

Lapicero Epi Sí No

¿Esta su niño actualmente tomando medicinas/ inyectables que hay que darle en horas del centro? Si No

Si sí, por favor indique: _____

OTHER CIRCUMSTANCES

¿Proveedor de Salud Mental? Si No Si sí, por favor indique: _____

¿Discapacidad? Si No Si sí, por favor indique: _____

Las Vacunas están al día Si No Record no está disponible **(si no hay record o record no está disponible, refiérase al administrador de salud)**

¿Algún otro problema de Salud? Si No Si sí, por favor indique: _____

¿Tiene clínica a la hora de la Inscripción? Si No le ayude a la familia a obtener un lugar medico): Por favor indíquelo: _____

¿Tiene dentista a la hora de la Inscripción? Si No le ayude a la familia a obtener un lugar dental): Por favor indíquelo: _____

Comentarios Adicionales: _____

Firma de Padres/Tutor

Fecha

Staff Signature (Firma del Personal)

Date

----- AGENCY USE ONLY

Reviewed by: _____ Title: _____ Date: _____

HEAD START HEALTH HISTORY INSTRUCTIONS

Performance Standards 1304.20 (a), (1), (ii)

Enrolled children will complete this form prior to enrollment. When the parent returns the completed form, Family Services Staff should check for completeness and discuss any concerns indicated with the parent. This form must be completed in its entirety with no blanks and placed in the child's health file. Family Services Staff should communicate any health concerns immediately with the Health Services Manager/Specialist so that Individualized Health Plans can be completed when necessary. A new form will be completed annually.