



**MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER  
SCHOOL BASED HEALTH CENTER  
MEDICAL HEALTH HISTORY FORM**

**Child's Name / El nombre del niño:** \_\_\_\_\_

**Child's Birthdate / Fecha de nacimiento del niño:** \_\_\_\_\_

Are they any problems that concern you about your child? / ¿Hay algún problema que le preocupe acerca de su hijo?

\_\_\_\_\_

Does your child have any allergies (food, medication, environmental)? Allergy Reaction:

¿Su hijo tiene alguna alergia (alimentaria, medicación, ambiental)? Alergia Reacción:

\_\_\_\_\_

Current medications (include vitamins/fluoride/supplements): / Medicamentos actuales (incluyen vitaminas / flúoruro / suplementos):

1. \_\_\_\_\_ Prescribed by/Recetado por: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Prescribed by/Recetado por: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Prescribed by/Recetado por: \_\_\_\_\_

Name/Address/Phone number of Primary Care Provider (PCP)

¿Nombre dirección? Número de teléfono del proveedor de atención primaria (PCP):

\_\_\_\_\_

Date of last physical examination/ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

By whom/Por quién: \_\_\_\_\_

Date of last dental examination/Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

By whom/Por quién: \_\_\_\_\_

List hospitalizations, illnesses, accidents, broken bones, surgeries, etc.

Enumere hospitalizaciones, enfermedades, accidentes, huesos rotos, cirugías, etc.

Explain / Por favor explique:

\_\_\_\_\_

Indicate which of the following conditions or problems your child has ever had or that concerns you:

Indique cuál de las siguientes condiciones o problemas ha tenido su hijo o que le preocupa:

Date/Explain / Fecha/Explique

Skin trouble/Problemas en la piel \_\_\_\_\_  Rheumatic fever/ Fiebre reumática \_\_\_\_\_

Eye problems/Problemas en los ojos \_\_\_\_\_  Chicken pox/Varicela \_\_\_\_\_

Ear infections/Infecciones frecuentes del oído \_\_\_\_\_  Joint aches or pain/Dolores en las articulaciones \_\_\_\_\_

Difficulty hearing/Dificultad para oír \_\_\_\_\_  Loss of consciousness/Pérdida del conocimiento \_\_\_\_\_

Pneumonia/Neumonía \_\_\_\_\_  Other lung problems/Otros problemas pulmonares \_\_\_\_\_

Heart murmur/Soplo cardíaco \_\_\_\_\_  Jaundice/Ictericia \_\_\_\_\_

Speech problems/Problemas del habla \_\_\_\_\_  Constipation/Estreñimiento \_\_\_\_\_

Black stool/Taburete negro \_\_\_\_\_  Painful urination/Micción dolorosa \_\_\_\_\_

Anemia/Anemia \_\_\_\_\_  Frequent nose bleeds/Sangrados nasales frecuentes \_\_\_\_\_

Bedwetting/Mojar la cama \_\_\_\_\_  Frequent sore throats/Dolores de garganta frecuentes \_\_\_\_\_

Painful periods/Períodos dolorosos \_\_\_\_\_  Kidney Or bladder infection/Infección de riñón o vejiga \_\_\_\_\_

Frequent diarrhea/Diarrea frecuente \_\_\_\_\_  Frequent stomach aches/Dolores de estómago frecuentes \_\_\_\_\_



**MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER**  
**CENTRO DE SALUD ESCOLAR**  
**FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD MÉDICA**

**Please list any specialist your child sees (Physician Specialist, Counselor or Speech, Physical or Occupational Therapist)**  
**Por favor indique cualquier Especialista que vea su hijo (Médico Especialista, Consejero o de Habla, Terapeuta Físico u Ocupacional)** \_\_\_\_\_

Who else lives at your child's home?

Name/Age/Healthy

¿Quién más vive en la casa de su hijo?

Nombre/Edad/Saludable

Mother/Madre \_\_\_\_\_

Father/Padre \_\_\_\_\_

Siblings/Hermanos \_\_\_\_\_

Others/Otros \_\_\_\_\_

Family History /Historial Familiar:

Check any of the following diseases which relatives have (including aunts, uncles, cousins, grandparents):

Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que tienen familiares (incluidos tías, tíos, primos, abuelos):

Condition/Condición Relationship/Relación Condition/Condición Relationship/Relación

Eczema/Eccema \_\_\_\_\_ Anemia or blood problems/Anemia o problemas sanguíneos \_\_\_\_\_

Seizure disorder/Convulsiones \_\_\_\_\_ Alcoholism/Alcoholismo \_\_\_\_\_

Tuberculosis/Tuberculosis \_\_\_\_\_ Kidney diseases/Enfermedad renal \_\_\_\_\_

Hay fever/Fiebre del heno \_\_\_\_\_ Cystic Fibrosis/Fibrosis quística \_\_\_\_\_

Asthma/Asma \_\_\_\_\_ Cancer/Cáncer \_\_\_\_\_

Mental retardation/Retraso mental \_\_\_\_\_ High blood pressure/Presión arterial alta \_\_\_\_\_

Birth defects/Defectos congénitos \_\_\_\_\_ Heart attack, stroke/ Ataque cardíaco, paro cerebrovascular \_\_\_\_\_

Diabetes/Diabetes \_\_\_\_\_ Psychiatric problems/Problemas psiquiátricos \_\_\_\_\_

Obesity/Obesidad \_\_\_\_\_ Triglycerides/Triglicéridos \_\_\_\_\_

Death before 50 years of age, other than accident \_\_\_\_\_ Muerte antes de los 50 años, excepto por accidente \_\_\_\_\_

High cholesterol or Other conditions not listed above/Colesterol alto u otras condiciones no mencionadas anteriormente

OTHER: Do you have any concerns (behavioral, emotional or otherwise) about this child? If yes, please explain:

OTRO: ¿Tiene alguna inquietud (conductual, emocional o de otro tipo) sobre este niño? En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY/SOLO PARA USO DE LA OFICINA:**

Review by/Revisado por: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Review by/Revisado por: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_