

Memorial Hermann Health Centers for Schools History Form

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Current Medications: _____

Medication Allergies: NO YES Which medication? _____ What happens? _____

Student's Medical History (Check all problems since birth):

Hospitalized: Never been hospitalized Hospitalized for: _____ When: _____

Past Surgery: Appendectomy Circumcision PE tubes in ears Tonsillectomy Umbilical or groin hernia repair
 Other surgery: _____ When: _____ Never had surgery

Head and Eyes: Dental caries Hearing loss Near sighted Recurrent ear infection Seasonal allergies Strabismus
 Wears glasses or contact lenses

Respiratory: Asthma Pneumonia RSV

Heart: Heart problem Heart murmur High blood pressure

GI: Constipation GERD (reflux)

Endocrine: Diabetes Type 1 or Type 2 Thyroid problem

Urinary: Bed wetting Kidney infection Undescended or absent testicle Recurrent bladder/urine infections

Skin: Acne Eczema Contact dermatitis

Nutrition: Food allergy Lactose intolerance Weight problem

Blood problem or Cancer: Iron deficiency anemia Sickle cell trait or disease **Cancer Type:** _____

Nervous or Muscle Systems: Febrile seizure Fracture Head trauma/concussion Migraines Scoliosis Seizures

Development: ADHD Anxiety Autism Behavior problem Depression Developmental delay
 Learning problem Speech problem

Any other problems: _____

Girls: Age at 1st period: _____ Regular Not Regular Time between periods usually: _____ # days on period _____

Bad cramps: No Yes Skipped or missed periods in past year: No Yes How long until period started again? _____

Family History (which family member has the problem – mother, father, grandparent, aunt, uncle, brother or sister):

No health problems (unremarkable) do not know (unknown)

	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	Brother	Sister
Diabetes: <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2							
High Blood Pressure							
Heart Disease							
Stroke							
Mental Health Disease or Problem							
Diagnosis:							
Cancer							
Type:							
Other problems:							

Social History: Lives with: _____ Immunizations: Up to date Needs: _____

Smokers at home: No Yes If YES: Inside Outside Both Pets: _____

By electronically signing this document, I acknowledge that, for all purposes herein, my electronic signature shall be deemed the same as my original signature. As the parent/legal guardian and having authority to sign the above document, I acknowledge that I have read the document, the information provided is accurate to the best of my knowledge, and any questions I have, have been answered to my satisfaction.

AM
 PM

Parent / Guardian Signature _____ Print Name _____ Relationship to patient _____ Date _____ Time _____

**MEMORIAL
HERMANN**

History Form for the
Health Centers
for Schools



Centros de salud de Memorial Hermann para las escuelas Formulario de antecedentes

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias a medicamentos: NO SÍ ¿Qué medicamento? _____ ¿Qué sucede? _____

Antecedentes médicos del estudiante (Marcar todos los problemas desde el nacimiento):

Hospitalizaciones: Nunca ha sido hospitalizado Hospitalizado por: _____ ¿Cuándo?: _____

Cirugías anteriores: Apendicectomía Circuncisión Tubos equalizadores de presión en los oídos Amigdalectomía

Reparación de hernia umbilical o inguinal

Otra cirugía: _____ Fecha: _____ Nunca tuve una cirugía

Cabeza y ojos: Caries dentales Discapacidad auditiva Miopía Infecciones recurrentes del oído Alergias estacionales

Estrabismo Uso de anteojos o lentes de contacto

Sistema respiratorio: Asma Neumonía Virus sincicial respiratorio (VSR)

Corazón: Problemas cardíacos Soplo cardíaco Hipertensión arterial

Sistema GI: Estreñimiento GERD (reflujo)

Sistema endocrino: Diabetes tipo 1 o tipo 2 Problema de tiroides

Sistema urinario: Enuresis Infección renal Testículos no descendidos o ausentes Infecciones de la vejiga/urinarias recurrentes

Piel: Acné Eccema Dermatitis de contacto

Nutrición: Alergia alimentaria Intolerancia a la lactosa Problemas de peso

Problemas sanguíneos o cáncer: Anemia por deficiencia de hierro Rasgo drepanocítico o anemia falciforme

Tipo de cáncer: _____

Sistema nervioso o muscular: Convulsiones febriles Fracturas Traumatismo de cráneo/contusión Migrañas

Escoliosis Convulsiones

Desarrollo: TDAH Ansiedad Autismo Problemas de comportamiento Depresión

Retraso del desarrollo Problemas de aprendizaje Problemas del habla

Cualquier otro problema: _____

Niñas: Edad del 1.er período menstrual: _____ Regular Irregular Plazo habitual entre los períodos menstruales: _____

Núm. de días del período _____

Calambres: No Sí Falta e irregularidades en el periodo en los últimos años: No Sí

¿Cuánto tiempo pasó hasta el siguiente período menstrual? _____

Antecedentes familiares (qué miembro de la familia tiene el problema: madre, padre, abuelo, abuela, tía, tío, hermano o hermana):

Ningún problema de salud (no relevante) No conocido (desconocido)

	Madre	Padre	Abuelos	Tía	Tío	Hermano	Hermana
Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2							
Hipertensión							
Enfermedad del corazón							
Accidente cerebrovascular							
Enfermedad o problemas de salud mental Diagnóstico:							
Tipo de cáncer:							
Otros problemas:							

Antecedentes sociales: Vive con: _____ Vacunas: Actualizadas Necesarias: _____

Fumadores en el hogar: No Sí En caso afirmativo: Adentro Afuera Ambos Mascotas: _____

Mediante mi firma electrónica en este documento, reconozco que, para todos los fines que se indican en él, mi firma electrónica se considerará como equivalente a mi firma original. Como padre, madre o tutor legal autorizado para firmar el documento anterior, reconozco que he leído el documento, que la información proporcionada es exacta a mi saber y entender, y que estoy satisfecho con las respuestas que se dieron a mis preguntas.

Firma del paciente/tutor

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

**MEMORIAL
HERMANN**

History Form for the
Health Centers
for Schools

