



Girl Health History Record

This health history is to be completed and signed by parents/guardians of girls.

Girl's name:	Phone:	Name of family physician:
Family medical/hospital insurance carrier:	Policy or group no.	Physician phone: ()

Illnesses and injuries: (Check those that apply.)

- Ear infection Bleeding/clotting disorders Hypertension Asthma
 Heart defect/disease Musculo-skeletal disorders Seizures Diabetes Other (specify) _____

Date of last health examination: _____

Were any complicating medical problems noted in last health examination? _____

Allergies: (Check those that apply and specify nature of allergic reaction.)

- Animals _____ Hay fever _____
 Pollen _____ Food _____
 Medicines/drugs _____ Insect stings _____
 Plants _____ Other (specify) _____

Other health conditions: (Check those that apply.)

- Bed wetting Emotional disturbances
 Constipation Fainting
 Menstrual cramps Hearing impairment
 Motion sickness Sickle cell trait or disease
 Nosebleeds Special dietary regimen
 Sleep disturbances Wears glasses or contact lenses
 Other (specify) _____

Please explain any items that are checked. Indicate any information useful to the adult in charge in relation to any of these health conditions. Also, indicate any activities to be encouraged or restricted.

I know of no reason(s), other than the information indicated on this form, why my daughter should not participate in prescribed activities except as noted.

Signature of parent/guardian _____ Date _____

WEB CS:av MB-0079CW.doc 9/03/10



Historia Médica de la Niña

Esta sección la deben llenar los padres o tutores de la niña.

Nombre de la niña	Número de teléfono	Nombre del médico de familia
Seguro médico	Número de póliza	Teléfono del médico de familia

Enfermedades y accidentes: (Marque lo que corresponda.)

- Infecciones de oído Sangramiento/problemas de coagulación Hipertensión Asma Otro (especifique) _____
 Defecto/enfermedad cardiaca(a) Desarreglos musculares u ortopédicos Ataques epilépticos Diabetes

Fecha del último examen médico: _____

¿Se detectaron complicaciones médicas en el último examen físico? _____

Allergias: (Marque las que correspondan y explique el tipo de reacción alérgica.)

- Animales _____ Fiebre del heno _____
 Polen _____ Alimentos _____
 Medicamentos _____ Picaduras de insectos _____
 Plantas _____ Otras (especifique) _____

Otros problemas médicos: (Marque los que correspondan.)

- Se orina en la cama Perturbación emocional
 Estreñimiento Desmayos
 Dolores con la menstruación Dificultad al oír
 Se marear en vehículos Anemia (Sickle Cell)
 Le sangra la nariz Dieta especial
 Mal dormir Usa lentes o lentes de contacto
 Otro (especifique) _____

Vacunas:

Tipo de vacuna	Año en que se vacunó	Año en que se renovó la vacuna
DTP	_____	_____
Difteria	_____	_____
Pertussis (tosferina)	_____	_____
Tétano	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Paperas	_____	_____
Rubéola (German Measles)	_____	_____
Polio (oral)	_____	_____
Meningitis	_____	_____
Prueba de tuberculosis (la más reciente) Resultado	_____	_____
Otras _____	_____	_____

Use este espacio para cualquier explicación adicional a los datos médicos suministrados. Explique cualquier tipo de información que sería útil al adulto a cargo de la niña en caso de que se presente un problema médico. Además, indique cuales actividades deberán evitar para el bien de la niña.

A mi entender no existe(n) motivo(s), exceptuando los indicados en esta sección, por el (los) cual(es) mi hija no pueda participar en las actividades que se le recomiendan.

Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha _____

WEB CS:av MB-0079CW.doc 9/03/10