

**INITIAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY**

**Ventura County SELPA**

School Nurse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Information obtained from: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

I.D.#: \_\_\_\_\_ B.D.: \_\_\_\_\_ C.A.: \_\_\_\_\_ Yrs. \_\_\_\_\_ Mo. School: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Street & Number) City Zip

**I. FAMILY:**

Mother's Name: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's statement of reason for this school study: \_\_\_\_\_

How frequently does the student see each parent? \_\_\_\_\_

Any siblings in special education? \_\_\_\_\_

**II. ANY SIGNIFICANT MEDICAL PROBLEMS IN THE FAMILY? (Include immediate family and grandparents)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. OBSTETRICAL:** Prenatal Care Began at \_\_\_\_\_ months RH Factor Problem \_\_\_\_\_

Mother gained \_\_\_\_\_ pounds.

Did mother have any of the following conditions during pregnancy? If yes, please give the gestation month(s).

- |                     |  |                       |  |
|---------------------|--|-----------------------|--|
| Rubella             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Toxemia of Pregnancy  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| High Fevers         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Accidents (Injuries)  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Bleeding            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Excessive Vomiting    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Hospitalization       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Edema               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Diabetes              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Specific Illness    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Unusual Life Stresses | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |

Explain: \_\_\_\_\_

Medication during pregnancy?  No  Yes  
Types and frequency of use: \_\_\_\_\_

Substance during pregnancy?  No  Yes  
Types and frequency of use: \_\_\_\_\_

**IV. DELIVERY:** Birth weight: \_\_\_\_\_ Premature: \_\_\_\_\_ Months Gestation: \_\_\_\_\_

Duration of labor: \_\_\_\_\_ hours Type of delivery:  Vaginal  Cesarean  Special Cesarean

Presentation:  Head  Breech  Other: \_\_\_\_\_

Anesthetic used was: \_\_\_\_\_

Apgar (if known): \_\_\_\_\_

History of fetal distress: \_\_\_\_\_

Description of any problem: \_\_\_\_\_

V. **DEVELOPMENTAL:** (Age of occurrence, month and/or year)  
Sat Alone: \_\_\_\_\_ Toilet Training: \_\_\_\_\_  
Walked Alone: \_\_\_\_\_ Unusual Activity Level: \_\_\_\_\_  
Speech Delays: \_\_\_\_\_

Consistent use of first words: \_\_\_\_\_  
Any destructive behaviors (describe): \_\_\_\_\_  
Type of childcare first 3 years: \_\_\_\_\_

VI. **STUDENT'S MEDICAL HISTORY:**

Frequent upper respiratory infection: \_\_\_\_\_ Headaches: \_\_\_\_\_  
Prolonged high fevers: \_\_\_\_\_ Dizziness: \_\_\_\_\_  
Chronic GI disturbances: \_\_\_\_\_ Present hours sleep/night: \_\_\_\_\_  
Any skill or speech loss: \_\_\_\_\_ Menses: \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_  
Asthma?  No  Yes Severity \_\_\_\_\_ Triggers: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_  
Allergies?  No  Yes Type: \_\_\_\_\_ Severity: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Ear infections:  No  Yes Duration: \_\_\_\_\_ From age: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_

Hearing tests and hearing difficulties if known: \_\_\_\_\_  
Myringotomy and tube insertion: Dates: \_\_\_\_\_

Seizures?  No  Yes When did they occur: \_\_\_\_\_  
Medication: \_\_\_\_\_

Counseling:  No  Yes Reason: \_\_\_\_\_  
Duration: \_\_\_\_\_ Frequency of sessions: \_\_\_\_\_

Does your child have any other medical conditions such as cerebral palsy, diabetes, A.D.D. or chronic health problems, etc? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_  
Current medications: \_\_\_\_\_

Dates/Details

Head injuries  No  Yes \_\_\_\_\_  
Serious accidents  No  Yes \_\_\_\_\_  
EEG and/or X-Ray/MRI  No  Yes \_\_\_\_\_  
Serious Illness/Surgery  No  Yes \_\_\_\_\_

Name and address of student's primary physician: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other medical specialists seen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VII. **HEALTH DATA:**

Height: \_\_\_\_\_ Growth %ile: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Growth %ile: \_\_\_\_\_  
Vision screening date: \_\_\_\_\_  Passed  Failed Glasses:  Yes  No Acuity: \_\_\_\_\_  
Other vision information: \_\_\_\_\_

Hearing screening date: \_\_\_\_\_  Passed  Failed  
Other hearing information: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VIII. **OTHER INFORMATION:**

Attendance:  Excellent  Good  Fair  Poor  
Average hours of TV viewing per week: \_\_\_\_\_  
Usually frequent visits to the school health office:  No  Yes  
Chief Complaint (s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IX. **HEALTH/PHYSICAL STATEMENT:** (Including vision and hearing)

X. **SCHOOL NURSE'S STATEMENT OF EDUCATIONALLY RELEVANT MEDICAL CONDITIONS:**  
 No  Yes Specify:

XI. **ANY ADDITIONAL INFORMATION:**

# HISTORIA INICIAL DEL DESARROLLO Y SALUD

## SELPA Condado de Ventura

Enfermera de Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Información obtenida de: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
I.D.#: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_\_ E.C.: \_\_\_\_\_ Años. \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Calle y número) Ciudad Código Postal

### I. **FAMILIA:**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Declaraciones del Padre/Tutor sobre la razón para este estudio escolar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia ve el estudiante a cada padre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos/as en educación especial? \_\_\_\_\_

### II. **¿CUALQUIER PROBLEMA MEDICO SIGNIFICANTE EN LA FAMILIA?** (Incluya familia cercana y abuelos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. **OBSTÉTRICO:** Cuidado Prenatal se Inició a los \_\_\_\_\_ meses Problema de Factor RH \_\_\_\_\_

Madre subió \_\_\_\_\_ libras.

¿Tuvo la madre cualquier de las siguientes condiciones durante su embarazo? Si la respuesta es sí, por favor de el/los mes(es) de gestación.

Rubéola	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Toxemia de Embarazo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fiebres Altas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Accidentes Lesiones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Desangramiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Vómito Excesivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alta Presión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hospitalización	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Edema	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad Especifica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Estrés de la Vida Raro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Medicamentos durante el embarazo?  No  Sí  
Tipo y frecuencia de uso: \_\_\_\_\_

¿Abusó de drogas/alcohol durante el embarazo?  No  Sí  
Tipo y frecuencia de uso: \_\_\_\_\_

IV. **NACIMIENTO:** Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Prematuro: \_\_\_\_\_ Meses de Gestación: \_\_\_\_\_  
Duración de parto: \_\_\_\_\_ horas Tipo de reparto:  Vaginal  Cesáreo  Cesáreo Especial  
Presentación:  Cabeza  Trasero  Otro: \_\_\_\_\_  
El anestésico usado fue: \_\_\_\_\_  
Apgar (si se sabe): \_\_\_\_\_  
Historia de agonía fetal: \_\_\_\_\_  
Descripción de cualquier problema: \_\_\_\_\_

V. **EL DESARROLLO:** (Edad en que ocurrió, mes y/o año)  
Se sentó solo/a: \_\_\_\_\_ Uso del baño solo: \_\_\_\_\_  
Caminó Solo/a: \_\_\_\_\_ Nivel de Actividad Raro: \_\_\_\_\_  
Retraso de Habla: \_\_\_\_\_

Uso consistente de primeras palabras: \_\_\_\_\_  
Cualquier comportamiento destructivo (describa): \_\_\_\_\_  
Tipo de niñera los primeros 3 años: \_\_\_\_\_

VI. **HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE (STUDENT'S MEDICAL HISTORY):**

Infección frecuente de respiratorio superior: \_\_\_\_\_ Dolores de Cabeza: \_\_\_\_\_  
Fiebres altas prolongadas: \_\_\_\_\_ Mareos: \_\_\_\_\_  
Perturbaciones crónica del Cólico: \_\_\_\_\_  
Horas actuales que duerme por la noche: \_\_\_\_\_  
Cualquier pérdida de habilidades o de habla: \_\_\_\_\_ Menstruo: \_\_\_\_\_  
Describe: \_\_\_\_\_  
¿Asma?  No  Sí Severidad \_\_\_\_\_ Provocaciones: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
¿Alergias?  No  Sí Tipo: \_\_\_\_\_ Severidad: \_\_\_\_\_ Medicamento: \_\_\_\_\_  
Infecciones del Oído:  No  Sí Duración: De Edad: \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Pruebas auditorias y dificultades de audición si saben: \_\_\_\_\_  
Cirugía para tubitos de los oídos: Fechas: \_\_\_\_\_  
¿Ataques?  No  Sí ¿Cuándo ocurrieron?: \_\_\_\_\_  
Medicamento: \_\_\_\_\_  
Terapia:  No  Sí Razón: \_\_\_\_\_  
Duración: \_\_\_\_\_ Frecuencia de sesiones: \_\_\_\_\_  
¿Tiene su niño/a otras condiciones médicas como parálisis cerebral, diabetes, A.D.D. o problemas de salud persistentes, etc.? \_\_\_\_\_  
Describe: \_\_\_\_\_  
Medicamentos corrientes: \_\_\_\_\_

Fechas/Detalles

Lesiones a la cabeza  No  Sí \_\_\_\_\_  
Accidentes Serios  No  Sí \_\_\_\_\_  
EEG y/o Rayos X/MRI  No  Sí \_\_\_\_\_  
Enfermedades/Cirugías Serias  No  Sí \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio del doctor primario del estudiante: \_\_\_\_\_

Otros especialistas médicos que han consultado: \_\_\_\_\_

VII. **DATOS DE SALUD:**

Altura: \_\_\_\_\_ Porcentaje de Desarrollo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Porcentaje de Desarrollo : \_\_\_\_\_  
Fecha de examen de vista: \_\_\_\_\_  Pasó  No Pasó  
Lentes:  No  Sí Acuidad: \_\_\_\_\_  
Otra información sobre la vista: \_\_\_\_\_

Fecha de examen auditivo: \_\_\_\_\_  Pasó  No Pasó  
Otra información auditiva: \_\_\_\_\_

VIII. **OTRA INFORMACIÓN:**

Asistencia:  Excelente  Buena  Aceptable  Pobre  
¿Cuántas horas por semana mira televisión?  
¿Visita frecuentemente la oficina de enfermera de escuela?:  No  Sí  
Queja(s) Principales: \_\_\_\_\_

IX. **DECLARACIÓN SOBRE SU SALUD/FISICO:** (Incluyendo vista y audición)

X. **DECLARACIÓN DE LA ENFERMERA DE ESCULA SOBRE CONDICIONES RELEVANTES EDUCACIONALES:**  
 No  Si Especifique:

XI. **CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL:**