



**MATER DEI CATHOLIC HIGH SCHOOL  
HEALTH HISTORY**  
(To be completed by parent and / or guardian)

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Year:2012/2013**  
~ ~ ~ ~ ~

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Telefono (Trabajo): \_\_\_\_\_ Telefono (Cel.): \_\_\_\_\_

Madre/Guardian: \_\_\_\_\_ Telefono (Trabajo): \_\_\_\_\_ Telefono (Cel.): \_\_\_\_\_  
~ ~ ~ ~ ~

**Problemas de Salud**

**Los hechos para saber en caso de que el tratamiento de primeros auxilios sea necesario, como abeja pica, alergia, la diabetes, etc.**

=====

=====

**Dificultad de Vision**

\_\_\_\_\_

**Lleva Lentes/Contactos**

\_\_\_\_\_

**Dificultad de Audición**

\_\_\_\_\_

**Discurso**

\_\_\_\_\_

**Emocional**

\_\_\_\_\_

**Huesos o Coyunturas**

\_\_\_\_\_

**Convulsiones o Desmayar**

\_\_\_\_\_

**Diabetes**

\_\_\_\_\_

**Alergias (el Asma)**

\_\_\_\_\_

**Otro**

\_\_\_\_\_

**Otro**

\_\_\_\_\_

~ ~ ~ ~ ~

**For School File**

**Attach To Health Records**

**Mater Dei Catholic High School  
1615 Mater Dei Drive  
Chula Vista, Ca 91913  
(619) 423-2121 Ext. 115**