

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203

CARDIAC HISTORY FORM

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

History Taken by: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Home Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Alternate Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Physician treating heart condition: \_\_\_\_\_

Office Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Office Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Office Name/Address: \_\_\_\_\_

1. What is the name of your child's heart condition? \_\_\_\_\_

2. How long has your child had this condition? \_\_\_\_\_

3. What tests or treatment has your child had for this condition?

Echocardiogram

EKG

Cardiac catheterization

Surgery: What was done? \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

4. When was your child last treated by a doctor for this condition? \_\_\_\_\_

5. Please list **ALL** the medications your child takes:

Name of medication:	Amount/dose:	When taken:

6. Does your child ever have symptoms of the heart condition?

No  Yes: \_\_\_\_\_

7. What treatment does your doctor recommend when there are symptoms? \_\_\_\_\_

8. What symptoms would you consider an emergency? \_\_\_\_\_

9. What should school staff do in case of serious symptoms? \_\_\_\_\_

10. Does your child have any restrictions in activity because of the heart condition?

No  Yes: \_\_\_\_\_

11. Does your child have any allergies?  No  Yes: \_\_\_\_\_

12. Does your child have other health problems? \_\_\_\_\_

13. Other information or concerns? \_\_\_\_\_

Parent signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203

Formulario De Historia Cardiaca

School: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

History Taken by: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardian: \_\_\_\_\_

Home Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Alternate Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

El doctor que esta tratando la condición del corazón \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Office Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Office Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Office Name/Address: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el nombre la condición del corazón de su hijo/a? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuanto tiempo ha tenido su hijo/a esta condición? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué examen o tratamiento ha tenido su hijo/a para esta condición? \_\_\_\_\_

Echocardiogram

EKG

Cateterización cardiaca

Cirugía: Que fue lo que se hizo?

Otro: \_\_\_\_\_

4. Cuando fue tratado por ultima vez su hijo/a por un medico para esta condicion? \_\_\_\_\_

5. Por favor nombre **TODOS LOS** medicamentos que toma su hijo/a:

Nombre del medicamento:	Cantidad/Dosis:	¿Cuándo se toma?:

6. ¿Ha tenido su hijo/a síntomas de la condición del corazón?  
 No  Sí: \_\_\_\_\_

7. ¿Qué tratamiento recomienda su medico cuando hay sintomas? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué síntomas usted consideraría una emergencia? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué debe hacer el personal de la escuela en caso de síntomas serios? \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene alguna restriccion su hijo/a en actividad debido a la condición del corazón?  
 No  Sí: \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia?  No  Sí: \_\_\_\_\_

12. ¿Su hijo/a tiene otros problemas de salud? \_\_\_\_\_

13. ¿Otra información o inquietudes? \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_