

<h1 style="color: red; margin: 0;">MANOR</h1> <h2 style="color: red; margin: 0;">Independent School District</h2>	<p style="margin: 0;">Garland Moffett, <i>Secretary</i>  Stan Voelker, <i>Member</i>  Reginald Turner, <i>Member</i>  Karen Mazerac, <i>Member</i>  Desiree Cornelius-Fisher, <i>Member</i></p>
<b>P.O. Box 359 Manor, Texas 78653 (512) 278-4000</b>	<b>Dr. Mark Diaz, Superintendent</b>

**Health History Form  
Health Services 2006-07**

Grade: \_\_\_\_\_ Student Name: \_\_\_\_\_  
*(Grado) (Nombre del Estudiante)*

Birthdate: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F  
*(Fecha de Nacimiento) (Sexo)*

Legal Parents/Guardians: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(Padres/Guardián Legales) Mother/Madre Father/Padre*

Home Address: \_\_\_\_\_  
*(Dirección de casa)*

Telephone: Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
*(Teléfono): (Casa) (Trabajo) (Celular)*

Does your child have any of the following health conditions:  
*(¿Ha tenido su hijo(a) algunas de las siguientes condiciones medicas?)*

- Heart Disease *(enfermedad del corazón)*
- Severe Allergies *(alergias)*
- Epilepsy Seizures *(epilepsia)*
- Chronic Conditions *(cualquier condición crónica)*
- Diabetes *(diabetes)*
- Asthma *(asma)*
- Other *(otro)* \_\_\_\_\_

Explanation: \_\_\_\_\_  
*(Explicación)*

Doctor: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
*(Médico) (Teléfono)*

Is your child taking any medication: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ For What: \_\_\_\_\_  
*(¿Está su hijo(a) tomando medicamentos?) (si) (no) (¿Para que?)*

Minor first aid is given to students at school. Medication cannot be given to students unless: 1) written request to dispense medication is signed by the parents/guardians, 2) written request to dispense the medication is signed by the student's doctor.

*(Primeros auxilios se le dara a los estudiantes en le escuela. No podemos administrar medicamentos al estudiante sin : 1) previa autorización escrita por los padres/guardián legal, 2) receta del mé dico)*

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
*(Fecha) (Firma de los Padres/Guardian Legal)*

For questions, please contact *(Para preguntas, favor de llamar):* Maria D. Hoover, RN, BSN, BA  
District School Nurse/Health Care Coordinator  
Telephone (512) 278-4297