

State of New Jersey

DEPARTMENT OF EDUCATION

**HEALTH HISTORY UPDATE**  
**QUESTIONNAIRE**

To participate on a school-sponsored interscholastic or intramural athletic team or squad, each student whose physical examination was completed more than 90 days prior to the first day of official practice shall provide a health history update questionnaire completed and signed by the student's parent or guardian.

Student \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Date of Last Sports Physical \_\_\_\_\_

Since the last pre-participation physical examination, has your son/daughter:

1. Been medically advised not to participate in a sport? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, describe in detail \_\_\_\_\_

2. Sustained a concussion, been unconscious or lost memory from a blow to the head? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, describe in detail \_\_\_\_\_

3. Broken a bone or sprained/strained/dislocated any muscle or joints? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, describe in detail \_\_\_\_\_

4. Fainted or "blacked out?" Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, was this during or immediately after exercise? \_\_\_\_\_

5. Experienced chest pains, shortness of breath or "racing heart?" Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, explain \_\_\_\_\_

6. Has there been a recent history of fatigue and unusual tiredness? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, explain \_\_\_\_\_

7. Been hospitalized or had to go to the emergency room? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, explain \_\_\_\_\_

8. Since the last physical examination, has there been a sudden death in the family or has any member of the family under age 50 had a heart attack or "heart trouble?" Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, explain \_\_\_\_\_

9. Started or stopped taking any over-the-counter or prescribed medications? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If yes, name of medication(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_

**PLEASE RETURN COMPLETED FROM TO THE SCHOOL NURSES'S OFFICE**

*Estado de New Jersey*  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

**CUESTIONARIO DE PUESTA AL DÍA DEL HISTORIAL DE SALUD**

Para participar en un equipo o plantilla deportiva interna o entre escuelas patrocinada por la escuela, cada estudiante, cuyo examen físico fue completado 90 días antes del primer día oficial de prácticas debe suministrar un cuestionario de puesta al día del historial de salud completado y firmado por el padre/guardián del estudiante.

Estudiante \_\_\_\_\_ No. de identificación \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

**Desde el último examen físico antes de la participación, su hijo/a:**

1. ¿Ha sido aconsejado médicamente no participar en un deporte? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si contestó si, escribe en detalle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Ha sufrido una contusión, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si contestó si, explica en detalle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Se ha roto un hueso o torcido/tenido un esguince/dislocado un músculo o articulación? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si contestó si, explica en detalle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Se ha desmayado o perdido el conocimiento? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si contestó si, explica en detalle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Ha experimentado dolores en el pecho, falta de aliento o "palpitaciones rápidas?" Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si contestó si, explica en detalle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido un historial reciente de fatiga o cansancio inusual? Si \_\_\_ No \_\_\_
7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a la sala de emergencias? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si contestó si, explica en detalle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque al corazón o "problemas de corazón?" Si \_\_\_ No \_\_\_
9. ¿Ha comenzado a tomar o dejado de tomar medicinas recetadas o medicinas sin necesidad de receta? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si contestó si, explica en detalle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA OFICINA DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA**