

Pangalan ng Estudyante (*ilimbag ang pangalan*) \_\_\_\_\_ (*ilimbag ang apelyido*) \_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ L  B

Ang kasaysayang pangkalusugan ng iyong estudyante ay mahalaga upang mabigyan ng pinakamahusay na pangangalaga sa paaralan. Responsibilidad ng magulang / tagapangalaga na abisuhan ang paaralan ukol sa bago o umiiral na mga problemang pangkalusugan. Kung ang iyong estudyante ay niresitahan ng gamot o nangangailangan ng paggamot sa paaralan, responsibilidad ng magulang o tagapangalaga na ipaalam sa paaralan at magbigay ng gamot o kailangang kasangkapan para gamitin sa paaralan.

**\*Pagpapalabas ng Impormasyon:** Ang pagpapalabas ng impormasyong pangkalusugan sa loob ng paaralan ay limitado sa impormasyong kailangan upang maitaguyod ang pangkalusugan at pang-edukasyong interes ng estudyante. Ang iyong *boluntaryong* pagsang-ayon ay nagbibigay ng pahintulot sa nars upang ipaalam sa kawani ng paaralan ang tungkol sa mga paunang pag-iingat at mga pamamaraan upang protektahan ang iyong anak sa paaralan at itaguyod ang pang-akademikong tagumpay.

Sumasang-ayon Ako  Tutol ako **Lagda ng Magulang/Tagapangalaga** \_\_\_\_\_ **Petsa** \_\_\_\_\_

**Ang aking estudyante ay mayroong sumusunod (BAGO o UMIIRAL) na pangmedikal na (mga) kondisyon. Ibinibigay ang karagdagang talaan sa LIKOD NA PAHINA. (Tsekan ang lahat ng angkop)**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p><b>ULO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pinsala sa Utak</li> <li><input type="checkbox"/> Pagkaalog ng utak (pagkawala ng malay)</li> <li><input type="checkbox"/> Pagkaalog ng utak (di nawalan ng malay)</li> <li><input type="checkbox"/> Epilepsiya</li> <li><input type="checkbox"/> Migraines (nadayagnos)</li> <li><input type="checkbox"/> Ihit (Seizure)</li> </ul> <p><b>MATA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Astigmatism</li> <li><input type="checkbox"/> Color Blindness Genetic</li> <li><input type="checkbox"/> Salamin/Contacts</li> <li><input type="checkbox"/> Myopia (makakakita sa malapitan)</li> <li><input type="checkbox"/> Nystagmus (di kusang paglikot ng mata)</li> <li><input type="checkbox"/> Pagkawala ng Pangingin/dalawa</li> <li><input type="checkbox"/> Pagkawala ng Pangingin/isang mata</li> </ul> <p><b>TAINGA/ILONG/LALAMUNAN/BIBIG/LEEG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acute Suppurative OM</li> <li><input type="checkbox"/> Hearing Aid</li> <li><input type="checkbox"/> Pagkawala/Kondisyon ng Pandinig</li> <li><input type="checkbox"/> OtitisM(malubha/talamak) Di-tumutulo</li> <li><input type="checkbox"/> Perforated Tympanic Membrane (butas sa eardrum)</li> <li><input type="checkbox"/> Mga Problema sa Pagsasalita</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Problema sa Paglulon</li> <li><input type="checkbox"/> Tracheostomy</li> </ul> <p><b>PUSO/MGA BAGA/UTAK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Arrhythmia</li> <li><input type="checkbox"/> Hika, Hikain</li> <li><input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis</li> <li><input type="checkbox"/> Di-karaniwang tunog sa pagpintig ng puso</li> <li><input type="checkbox"/> Sobrang taas ng presyon ng dugo</li> <li><input type="checkbox"/> Rheumatic Fever</li> <li><input type="checkbox"/> Istrok</li> </ul> <p><b>TIYAN/HINGGIL SA BITUKA/ HINGGIL SA PAG-IHI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Colostomy</li> <li><input type="checkbox"/> Hindi pagkadumi</li> <li><input type="checkbox"/> Crohn's Disease</li> <li><input type="checkbox"/> Encopresis (di-mapigilang pagtae)</li> <li><input type="checkbox"/> Enuresis (di-mapigilang pag-ih)</li> <li><input type="checkbox"/> Gastroesophageal reflux</li> <li><input type="checkbox"/> Gastrostomy (GT)</li> </ul> <p><b>BUTO/KALAMNAN/KASU-KASUAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy</li> <li><input type="checkbox"/> Osteopenia</li> <li><input type="checkbox"/> Osteoporosis</li> <li><input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis/Pambata</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Scoliosis</li> </ul> <p><b>ENDOCRINE/DUGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Depekto sa Pamumuo ng Dugo</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes/Nakaasa sa Insulin</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes/Type II</li> <li><input type="checkbox"/> Hemophilia</li> <li><input type="checkbox"/> Neoplasm (kanser)</li> <li><input type="checkbox"/> Sickle Cell</li> </ul> <p><b>BALAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dermatitis/Talamak</li> <li><input type="checkbox"/> Eczema</li> <li><input type="checkbox"/> Psoriasis</li> <li><input type="checkbox"/> Urticaria, Ginaw/Init</li> </ul> <p><b>MGA ALERDYI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alerdyi, Dala ng hangin</li> <li><input type="checkbox"/> Alerdyi, Mga Hayop</li> <li><input type="checkbox"/> Alerdyi, Gamot</li> <li><input type="checkbox"/> Alerdyi, Pagkain/kinain</li> <li><input type="checkbox"/> Alerdyi, Pagkain/balat</li> <li><input type="checkbox"/> Alerdyi, Latex</li> <li><input type="checkbox"/> Anaphylactic Shock</li> <li><input type="checkbox"/> Anaphylactic/mga pagkain</li> <li><input type="checkbox"/> Anaphylactic/nuts</li> <li><input type="checkbox"/> Anaphylactic/mani</li> <li><input type="checkbox"/> Anaphylactic/mga kagat</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hindi matunawan ng asukal na nasa gatas</li> </ul> <p><b>EMOSYONAL/KILOS/ SIKOLOHIKAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ADD</li> <li><input type="checkbox"/> ADHD</li> <li><input type="checkbox"/> Pagkabalisa</li> <li><input type="checkbox"/> Asperger's</li> <li><input type="checkbox"/> Autism</li> <li><input type="checkbox"/> Bipolar</li> <li><input type="checkbox"/> Developmental Delay</li> <li><input type="checkbox"/> Depresyon</li> <li><input type="checkbox"/> Sakit sa Pagkain</li> <li><input type="checkbox"/> Mood Disorder</li> <li><input type="checkbox"/> Obsessive Compulsive</li> <li><input type="checkbox"/> Oppositional Defiant Disorder</li> <li><input type="checkbox"/> Post Traumatic Stress</li> <li><input type="checkbox"/> Psychiatric Disorder</li> <li><input type="checkbox"/> Schizophrenia</li> </ul> <p><b>CHROMOSOME/GENETIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Down Syndrome</li> </ul> <p><b>IBA PA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fetal Alcohol Syndrome</li> </ul> |
|--|---|--|---|

Kung ang (mga) kondisyong pangmedikal ay hindi nakatala sa TAAS o sa LIKOD NA PAHINA, tsekan ang box na ito AT i-follow up sa Nars ng Paaralan:

Iba Pang Diyagnosis na hindi natala  
(Kung lagyan ng tsek ang box na ito, kailangang i-follow up mo sa Nars ng Paaralan ang tungkol sa (mga) pangmedikal na kondisyon ng estudyante.)

Kung ang iyong estudyante ay WALANG anumang (bago o umiiral) lagapan na mga alerdyi o (mga) kondisyong pangmedikal, tsekan ang box na ito:

Ang aking Anak ay **WALANG** (bago o umiiral) mga problemang pangkalusugan.  
(Kung lagyan ng tsek ang box na ito, sumasang-ayon ka na makipag-usap sa Nars ng Paaralan ukol sa bagong mga problemang pangkalusugan sa loob ng taon ng panuruan.)

Ang aking anak ay mangangailangan ng sumusunod na mga uri ng gamot na ibibigay sa araw na may pasok (Tsekan ang lahat ng angkop)  
*Ang mga homeopathic at herbal remedy ay hindi maaaring ibigay sa paaralan.\**

Pangmatagalang Inireresitang Gamot  
*Ang form ng Pangmatagalang ay kailangang kompletuhin ng magulang/tagapangalaga AT tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan: MD/DO/ANP/PA at ang gamot ay ihahatid sa wastong pagka-label na lalagyan ng botika.*

Pangmaikling Panahong Inireresitang Gamot  
*Ang form ng Pangmaikling Panahon ay kailangang kompletuhin ng magulang/tagapangalaga at ang gamot ay ihahatid sa wastong pagka-label na lalagyan ng botika.*

OTC/Gamot na Walang Reseta  
*Upang magkaroon ng Over-The-Counter medication o Gamot na Walang Reseta sa paaralan, kailangang kompletuhin ng isang magulang ang hiwalay na form at magbigay ng gamot sa orihinal na lalagyan.*

Ang aking anak ay nangangailangan ng sumusunod na (mga) gamot sa paaralan (Tsekan ang lahat ng angkop)

- Epi-pen (DAPAT magbigay ang Magulang o Tagapangalaga ng epi-pen)
- Antihistamine (Benadryl)
- Inhaler

Ang aking anak ay mangangailangan ng sumusunod na hakbang o iba pang paggamot sa paaralan (Tsekan ang lahat ng angkop)

- Hakbang na Gagawin sa Alerdyi/Anaphylaxis ng Estudyante
- Hakbang na Gagawin sa Hika
- Mga Hakbang sa Pangangalaga ng Diabetes
- Mga Hakbang sa Pangangalaga ng Diabetes na may pump
- Hakbang na Gagawin sa Ihit (Seizure)
- Iba pang paggamot sa paaralan

Pangalan ng Estudyante (ilimbag ang pangalan) \_\_\_\_\_ (ilimbag ang apelyido) \_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ L  B

**GAMITIN ANG BAHAGING ITO KUNG ANG IYONG ANAK AY MAY (MGA) KONDISYONG MEDIKAL NA HINDI NAKATALA SA HARAP NA PAHINA (TSEKAN ANG LAHAT NG ANGKOP)**

| Ulo  | Lagda ng Magulang/Tagapangalaga                                    | Petsa  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alopecia (pagkagalbo)                               | <input type="checkbox"/> Paroxysmal Tachy (AV)                     | <input type="checkbox"/> Dysthymia                           |
| <input type="checkbox"/> Pagiging dispigurado/Ulo                            | <input type="checkbox"/> Patent Ductus Arteriosus                  | <input type="checkbox"/> Kalusugang                          |
| <input type="checkbox"/> Encephalitis (Pamamaga ng utak)                     | <input type="checkbox"/> Pulmonary Hypertension                    | <input type="checkbox"/> Emosyonal/Kilos/Pangkaisipan        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsiya/Clonic/Tonic                             | <input type="checkbox"/> Pulmonary Stenosis                        | <input type="checkbox"/> Manic/Depressive                    |
| <input type="checkbox"/> Epilepsiya/Jacksonian                               | <input type="checkbox"/> Pulmonary Tuberculosis                    | <input type="checkbox"/> Narcolepsy                          |
| <input type="checkbox"/> Epilepsiya/Petit mal                                | <input type="checkbox"/> Suctioning/aspirator                      | <input type="checkbox"/> Sobrang katabaan                    |
| <input type="checkbox"/> Febrile Seizure                                     | <input type="checkbox"/> Tachycardia                               | <input type="checkbox"/> Pica                                |
| <input type="checkbox"/> Hydrocephalus                                       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis Miliary                      | <input type="checkbox"/> Retardation & Development           |
| <input type="checkbox"/> Meninges Tumor/Benign                               | <input type="checkbox"/> Transposition Great Vessels               | <input type="checkbox"/> Trichotillomania                    |
| <input type="checkbox"/> Shunt   | <input type="checkbox"/> Vasovagal Syncope                         | <b>Chromosome/Genetic</b>                                    |
| <b>Mga Mata</b>  | <input type="checkbox"/> Ventricular Septal Defect                 | <input type="checkbox"/> Arnold-Chiari Malformation          |
| <input type="checkbox"/> Amblyopia (lazy eyes)                               | <input type="checkbox"/> Ventricular Tachycardia                   | <input type="checkbox"/> Cornelia de Lange Syndrome          |
| <input type="checkbox"/> Artificial Globe                                    | <input type="checkbox"/> Wolff-Parkinson-White Syndrome            | <input type="checkbox"/> DiGeorge Syndrome                   |
| <input type="checkbox"/> Color Blindness Congenital                          | <b>Tiyan/Genito-Urinary</b>  | <input type="checkbox"/> Fragile X Syndrome                  |
| <input type="checkbox"/> Congenital Cataracts                                | <input type="checkbox"/> Bladder Exstrophy                         | <input type="checkbox"/> Kartagener's Syndrome               |
| <input type="checkbox"/> Duane's Retraction (sakit kaugnay ng kilos ng mata) | <input type="checkbox"/> Celiac Disease                            | <input type="checkbox"/> Klinefelter's Syndrome              |
| <input type="checkbox"/> Esophoria (tumuon paloob ang mga mata)              | <input type="checkbox"/> Talamak na Hindi Paggana ng Bato o Kidney | <input type="checkbox"/> Klippel-Feil Syndrome               |
| <input type="checkbox"/> Exophoria (tumuon palabas ang mga mata)             | <input type="checkbox"/> Colitis                                   | <input type="checkbox"/> Marfan's Syndrome                   |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma, congenital                                | <input type="checkbox"/> Cystic Disease Medulla                    | <input type="checkbox"/> Mobius Syndrome                     |
| <input type="checkbox"/> Hypermetropia (longsighted)                         | <input type="checkbox"/> Dialysis, Renal                           | <input type="checkbox"/> Nager S/Macrocephaly                |
| <input type="checkbox"/> Intraocular lenses                                  | <input type="checkbox"/> Duodenal Spasm                            | <input type="checkbox"/> Neurofibromatosis                   |
| <input type="checkbox"/> Ptosis (lumuyloy ang mga talukap ng mata)           | <input type="checkbox"/> Dysmenorrhea                              | <input type="checkbox"/> Phenylketonuria/PKU                 |
| <input type="checkbox"/> Retinitis Pigmentosa (napinsalang retina)           | <input type="checkbox"/> Dyspepsia (huminang pagtunaw ng kinain)   | <input type="checkbox"/> Prader-Willi Syndrome               |
| <input type="checkbox"/> Retinoblastoma                                      | <input type="checkbox"/> Esophageal Reflux                         | <input type="checkbox"/> Sensory disorders                   |
| <input type="checkbox"/> Retinoschisis, Pambata                              | <input type="checkbox"/> Esophagus stricture                       | <input type="checkbox"/> Soto's Syndrome                     |
| <input type="checkbox"/> Stargardt's Disease (maagang macular degeneration)  | <input type="checkbox"/> Gastroschisis                             | <input type="checkbox"/> Spina bifida                        |
| <b>Tainga/Ilong/Bibig/Lalamunan/Leeg</b>                                     | <input type="checkbox"/> GT/Stoma Malfunction                      | <input type="checkbox"/> Trisomy 13                          |
| <input type="checkbox"/> Bell's palsy (pagkaparalisa ng mukha)               | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                 | <input type="checkbox"/> Trisomy 18                          |
| <input type="checkbox"/> Cervical Joint Disease                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis B Carrier                       | <input type="checkbox"/> Turner's Syndrome                   |
| <input type="checkbox"/> Cleft Palate  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C Carrier                       | <input type="checkbox"/> Waardenburg's Syndrome              |
| <input type="checkbox"/> Epistaxis (pagdurugo ng ilong)                      | <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia                             | <b>Iba pa</b>  |
| <input type="checkbox"/> Pandinig/Condition Sensorineural                    | <input type="checkbox"/> Hirschsprung's Disease                    | <input type="checkbox"/> Budd-Chiari Syndrome                |
| <input type="checkbox"/> Meniere's Syndrome (sakit sa loob ng tainga)        | <input type="checkbox"/> Ileostomy                                 | <input type="checkbox"/> Cytomegalic Inclusion Disease       |
| <input type="checkbox"/> Microtia (maliit na panlabas na tainga)             | <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome                  | <input type="checkbox"/> Drainage Device                     |
| <input type="checkbox"/> Pananakit, leeg                                     | <input type="checkbox"/> Jejunosotomy                              | <input type="checkbox"/> Dwarf/Achondroplasia                |
| <input type="checkbox"/> Polyp, larynx                                       | <input type="checkbox"/> Tinanggal na Bato                         | <input type="checkbox"/> Dyslexia                            |
| <input type="checkbox"/> Umaasa sa respirator                                | <input type="checkbox"/> Transplant ng Bato                        | <input type="checkbox"/> Dyspraxia                           |
| <input type="checkbox"/> Trach/Harang  | <input type="checkbox"/> Nephritis                                 | <input type="checkbox"/> Erb's palsy                         |
| <input type="checkbox"/> Trach/Stoma Problem                                 | <input type="checkbox"/> Nephrotic Syndrome                        | <input type="checkbox"/> Almuranas                           |
| <input type="checkbox"/> Tracheomalacia                                      | <input type="checkbox"/> Neurogenic Bladder                        | <input type="checkbox"/> HIV Disease                         |
| <input type="checkbox"/> Vertigo (pagkahilo)                                 | <input type="checkbox"/> Polycystic Kidney                         | <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinemia               |
| <b>Puso/MgaBaga/Utak</b>   | <input type="checkbox"/> Short Bowel Syndrome                      | <input type="checkbox"/> Immunodeficiency                    |
| <input type="checkbox"/> Aortic Stenosis                                     | <input type="checkbox"/> Suprapubic Catheter                       | <input type="checkbox"/> Lupus                               |
| <input type="checkbox"/> Atrial Septal Defect                                | <input type="checkbox"/> Transplant, Atay                          | <input type="checkbox"/> Mga motor problem/ulo               |
| <input type="checkbox"/> Mga Eherisisyo sa Paghinga                          | <input type="checkbox"/> Ulser, Gastric                            | <input type="checkbox"/> Mga motor problem/mga kamay at/o pa |
| <input type="checkbox"/> Paghinga, Bronchial                                 | <input type="checkbox"/> Ulser, Peptic                             | <input type="checkbox"/> Iba pang problema sa ugat           |
| <input type="checkbox"/> Bruit   | <input type="checkbox"/> Wilms' Tumor                              | <input type="checkbox"/> Spastic Hemiplegia                  |
| <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure                            | <b>Buto/Kalamnan/Kasu-kasuan</b>                                   | <input type="checkbox"/> Stone's Syndrome                    |
| <input type="checkbox"/> Cardiac Valve Disease                               | <input type="checkbox"/> Pagputol sa ibaba ng tuhod                | <input type="checkbox"/> Tourette Syndrome                   |
| <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy                                      | <input type="checkbox"/> Rayuma, Talamak                           | <input type="checkbox"/> Wheelchair                          |
| <input type="checkbox"/> Hemiparesis   | <input type="checkbox"/> Arthrogyrosis                             |  |
| <input type="checkbox"/> Kawasaki Disease                                    | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy                            |  |
|  | <input type="checkbox"/> Mga Sintoma ng Talamak na Pagkahapo       |  |
|  | <input type="checkbox"/> Fibrodysplasia Ossificans                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Legg-Calve'-Perthes                       |  |
|  | <input type="checkbox"/> Myasthenia Gravis                         |  |
|  | <input type="checkbox"/> Osteochondritis Dissecans                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Osgood-Schlatter                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> Osteogenesis Imperfecta                   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Osteosclerosis                            |  |
|  | <input type="checkbox"/> Pagkaparalisa, Paralitiko                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Paraplegia                                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcoma                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> Spinal Muscular Atrophy                   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Tic                                       |  |
|  | <b>Endocrine, Dugo</b>   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Di-normal na asukal                       |  |
|  | <input type="checkbox"/> Anemia                                    |  |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetes Insipidus                        |  |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetic                         |  |
|  | <input type="checkbox"/> Diamond-Blackfan Anemia                   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Mga Sakit sa Dugo                         |  |
|  | <input type="checkbox"/> Galactosemia                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Graves' Disease                           |  |
|  | <input type="checkbox"/> Growth Hormone Deficiency                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hodgkin's Disease                         |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism                           |  |
|  | <input type="checkbox"/> Abnormal ng Kakuntian ng Asukal sa Dugo   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hypopituitarism                           |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism                            |  |
|  | <input type="checkbox"/> Leukemia, lymphoblastic                   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Lymphoma (malignant)                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> Precocious Puberty                        |  |
|  | <input type="checkbox"/> Raynaud Syndrome                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> Spherocytosis                             |  |
|  | <input type="checkbox"/> Thalassemia                               |  |
|  | <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> Vasculitis                                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Vascular device/implant                   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Von-Willebrand Disease                    |  |
|  | <b>Balat</b>   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Tagihawat                                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Albino                                    |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Ginaw                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Diaper                         |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Impetigo                       |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Mga metal                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Seborrhea                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Simplex                        |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Zoster                         |  |
|  | <input type="checkbox"/> Henoch Schonlein Syndrome                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Lichen Sclerosis                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> Pseudoxanthoma/Keratosis                  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Scleroderma                               |  |
|  | <input type="checkbox"/> Staph Infection Di natukoy                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Varicella                                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Mga Kulugo                                |  |
|  | <b>Mga Aledyi</b>  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Alerdyi, Iba pa                           |  |
|  | <input type="checkbox"/> Alerdyi/damo                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Alerdyi/insekto                           |  |
|  | <b>Emosyonal/Kilos/Sikolohikal</b>                                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Anorexia                                  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Bulimia                                   |  |