

Health Questionnaire

Please Print Clearly

Child's Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

Parent or Guardian's Name _____

Telephone Number _____

| ALLERGIES (Food, drug, insect, other) | | | MEDICATION (List all prescribed or taken on a regular basis.) | | |
|--|-----|----|--|-----|-------------|
| Diagnosis of asthma? Child wakes during night coughing? | Yes | No | Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle) | Yes | No |
| Birth defects? | Yes | No | Hospitalizations? When? What for? | Yes | No |
| Developmental delay? | Yes | No | Surgery? (List all.) When? What for? | Yes | No |
| Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain. | Yes | No | Serious injury or illness? | Yes | No |
| Diabetes? | Yes | No | TB skin test positive (past/present)? | Yes | No |
| Head injury/Concussion/Passed out? | Yes | No | TB disease (past or present)? | Yes | No |
| Seizures? What are they like? | Yes | No | Tobacco use (type, frequency)? | Yes | No |
| Heart problem/Shortness of breath? | Yes | No | Alcohol/Drug use? | Yes | No |
| Heart murmur/High blood pressure? | Yes | No | Family history of sudden death before age 50? (Cause?) | Yes | No |
| Dizziness or chest pain with Exercise? | Yes | No | | | |
| Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____ Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading) | | | Dental ___ Braces ___ Bridge ___ Plate ___ Other | | |
| Ear / Hearing problems? | Yes | No | | | |
| Bone/Joint problem/injury/scoliosis? | Yes | No | Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes | | |
| | | | Parent/Guardian Signature | | Date |

1. Does your child have any medical diagnoses or chronic health conditions? Yes No

If yes, list all medical diagnoses/chronic conditions: _____

2. Does your child require medication at school? Yes No

If, yes, list medication to be administered: _____

3. Does your child require an Epi-pen at school for anaphylactic allergies? Yes No

4. Does your child require an inhaler at school for Asthma? Yes No

5. Does your child require a special diet during the school day? Yes No

If yes, explain _____

Cuestionario de Salud

Por favor escriba claramente

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Nombre de Padre/Tutor _____

Número de Teléfono _____

| ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otros) | | | MEDICAMENTOS (lista de todos los prescritos o se toma de manera regular) | | |
|--|----|----|--|--|--------------|
| ¿Diagnóstico de asma? ¿Niño se despierta durante la noche tosiendo? | Sí | No | | ¿La pérdida de función de órganos pares? (ojo / oído / Riñones / Testículos) | Sí No |
| ¿Defectos de nacimiento? | Sí | No | | ¿Hospitalizaciones? ¿Cuando? ¿Para qué? | Sí No |
| ¿Retraso en el desarrollo? | Sí | No | | ¿Cirugía? (indique todo) ¿Cuando? ¿Para qué? | Sí No |
| ¿Trastornos de la sangre? ¿Hemofilia, Anemia de células falciformes, Otro? Explique | Sí | No | | ¿Lesión o enfermedad grave? | Sí No |
| ¿Diabetes? | Sí | No | | ¿Prueba de la tuberculina TB positiva (pasado / presente)? | Sí No |
| ¿Lesión en la cabeza / golpe / desmayo? | Sí | No | | ¿Enfermedad TB (pasada o presente)? | Sí No |
| ¿Convulsiones? ¿Cómo son? | Sí | No | | ¿El consumo de tabaco (tipo / frecuencia)? | Sí No |
| ¿Problemas del corazón / Falta de aire? | Sí | No | | ¿Uso de Alcohol / Drogas? | Sí No |
| ¿Soplo cardíaco / presión arterial alta? | Sí | No | | ¿Antecedentes familiares de repente Muerte antes de los 50 años? (¿Causa?) | Sí No |
| ¿Mareos y dolor en el pecho con el ejercicio? | Sí | No | | | |
| ¿Problemas con los Ojos / Visión? Si No ___ Gafas ___ Contactos ¿Otras preocupaciones? (bizco, párpados caídos, entrecerrando los ojos, dificultad para leer) Último Examen ocular | | | Dental ___ Frenos ___ Puento ___ Plato ___ Otros | | |
| ¿Problemas del oído / auditivos? | Sí | No | | | |
| ¿Hueso / problema articular / lesión / Escoliosis? | Sí | No | | La información puede ser compartida con el personal apropiado para propósitos educativos y de salud. | |
| | | | Padre / Tutor | | |
| | | | Firma | | Fecha |

1. ¿Su hijo tiene algún diagnóstico médico o condiciones crónicas de salud? Sí No

Si es así, enumere todas las condiciones crónicas de diagnóstico médico: _____

2. ¿Su hijo requiere medicamentos en la escuela? Sí No

Si es así, enumere los medicamentos para administrar: _____

3. ¿Su niño requieren una Epipen en la escuela para las alergias anafilácticas? Sí No

4. ¿Requiere su hijo un inhalador para el asma en la escuela? Sí No

5. ¿Su niño requiere una dieta especial durante el día escolar? Sí No

Si es así, explique _____