



**SCHOOL HEALTH QUESTIONNAIRE UPDATE**

Name of child: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_ Name of person filling out questionnaire \_\_\_\_\_  
Relationship to student \_\_\_\_\_ Name of doctor/clinic: \_\_\_\_\_

Insurance status: (Check one)  **Currently Insured**  **Medicaid**  **No insurance** If no insurance or high deductible insurance, would you like information about medical resources in the community?  
(Check one)  **Yes**  **No**

**1. Does your child have a current health condition?** No \_\_\_ Yes \_\_\_  
(If yes, please indicate the name of the condition(s) and the doctor who cares for your child.)

**Will your child need accommodations at school for this condition?** No \_\_\_ Yes \_\_\_  
(If yes, please describe what accommodations are necessary.)

**2. Does your child take medication on a regular basis?** No \_\_\_ Yes \_\_\_  
(If yes, please provide the names and dosages of the medications.)

**3. Does the medication need to be given at school?** No \_\_\_ Yes \_\_\_  
(If yes, please request a "Permission for Medication" form. Please note that the form must include a physician's order, including his/her signature.)

**I grant permission for the above health information to be shared with adults who will be working with my child in the school setting.**

**Date:** \_\_\_\_\_ **Parent/Guardian signature:** \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR DE THOMPSON R2-J  
SERVICIOS DE SALUD

ACTUALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE LA ESCUELA SOBRE LA SALUD

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre de la persona que está llenando este cuestionario \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del Médico/Clínica \_\_\_\_\_

Estatus del Seguro: (Marque uno)  Actualmente Asegurado  Medicaid  No tiene Seguro Si no tiene seguro o si tiene un deducible alto, ¿Quiere obtener información sobre los recursos médicos de la comunidad?

(Marque uno)  Sí  No

1. ¿Tiene su hijo(a) alguna enfermedad? No\_\_\_\_ Sí\_\_\_\_

(Si es así, por favor escribir el nombre de la enfermedad y del médico que atiende a su hijo(a))

¿Necesitará su hijo(a) adaptaciones en la escuela debido a esta enfermedad? No\_\_\_\_ Sí\_\_\_\_

(Si es así, por favor escribir las adaptaciones que su hijo(a) necesitará)

2. ¿Toma su hijo(a) algún medicamento con regularidad? No\_\_\_\_ Sí\_\_\_\_

(Si es así, por favor escribir el nombre del medicamento(s) y la dosis)

3. ¿Es necesario darle a su hijo(a) este medicamento en la escuela? No\_\_\_\_ Sí\_\_\_\_

(Si es así, por favor pida un formulario de "Permiso para Tomar Medicamentos en la Escuela."

Por favor, tenga en cuenta que ese formulario tiene que tener la orden del médico, incluyendo la firma de el/ella)

Yo doy permiso para que se comparta la información mencionada anteriormente con los adultos que estarán trabajando con mi hijo(a) en la escuela.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_