

**SEASIDE SCHOOL DISTRICT
HEALTH QUESTIONNAIRE**

School _____
Grade _____
Teacher _____

STUDENT NAME: _____ **BIRTHDATE:** _____

DOES YOUR CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING? CIRCLE ONE

Were there any health issues during pregnancy, delivery or first six months of life? NO YES
If yes, describe:

Have there been any hospitalizations or surgeries? NO YES
If yes, describe (include dates):

Allergies
List known allergies:

Are there any allergies that require use of epipen or epipen junior? NO YES
If yes, what are the allergies?

Are there any life threatening food allergies that require dietary modification? (Appropriate medical documentation must be on file at school for food substitutions in the school meal program) NO YES

Special Diet NO YES
Please list any dietary concerns:

Vision - Are there any known vision problems? NO YES
Does your child wear glasses? Does your child wear contact lenses?

Hearing – Are there any known hearing problems? NO YES
Hearing devices:

Speech – Are there any known speech problems? NO YES
If yes, describe:

Skin – Are there any known skin problems? NO YES
If yes, describe:

Ear/Nose/Throat/Dental – Are there any ear, nose, throat or dental problems? NO YES
If yes, describe (include dates):

Breathing/Lungs – Are there any known breathing or lung problems? NO YES
If yes, describe:

Asthma? If yes, is medicine needed daily? YES NO NO YES
Medication Type: Inhaler Oral Medication needed at School? YES NO

Heart – Are there any known heart problems? NO YES
If yes, describe condition and list any modifications, if any, that are required:

Stomach/Abdominal/Intestinal – Are there any known stomach, abdominal or intestinal problems? NO YES
If yes, describe:

Kidney/Bladder – Are there any known kidney or bladder problems? NO YES
If yes, describe:

Neurological – Are there any known neurological problems? NO YES
If yes, describe:

Has there ever been a concussion? If yes, include dates. NO YES

Hormones – Have there ever been hormonal problems? NO YES
If yes, describe:

Diabetes – Does your student have diabetes? NO YES
If yes, will your student require insulin in school? Breakfast? Lunch? Afternoon?

Will your student require assistance with diabetes management? YES NO

Behavior/Psychiatric – Are there any known behavior or psychiatric problems? NO YES
If yes, describe:

Medication – List all medications that your student takes on a daily basis:

Which prescription medications will your student need to take during school hours?

Please list anything else that you think the school health specialist should know about your student:

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

DISTRITO ESCOLAR DE SEASIDE
QUESTIONARIO DE SALUD

Escuela _____
Grado _____
Maestro/a _____

NOMBRE DEL ESUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿TIENE SU HIJO ALGO DE LO SIGUIENTE?	CIRCULE UNO	
¿Hubo algún problema médico durante el embarazo, el parto o los primeros 6 meses de vida? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
¿Ha sido internado/a en el hospital o tenido cirugías? Si es así, descríballo aquí (incluir fechas):	NO	SÍ
Alergias Lista de alergias conocidas:		
¿Hay alguna alergia que requiera el uso de un EpiPen o EpiPen Jr? En caso afirmativo, ¿cuáles son esas alergias?	NO	SÍ
¿Hay alguna alergia a alimento, que sea mortal, o necesita que su dieta sea modificada? (Una nota del doctor se requiere para dietas especiales en la escuela)	NO	SÍ
Dieta Especial Liste cualquier preocupación dietéticas:	NO	SÍ
Visión – ¿Hay algún problema visual? ¿Usa su hijo/a lentes? <input type="checkbox"/> ¿Usa su hijo/a contactos? <input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Audio – ¿Hay algún problema auditivo? Usa su hijo/a algún dispositivo auditivo:	NO	SÍ
Habla – ¿Hay algún problema del habla? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Piel – ¿Hay algún problema de la piel? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Oído/Nariz/Garganta/Dental – ¿Hay algún problema del oído, nariz, garganta o dental? Si es así, descríballo aquí (incluir fechas):	NO	SÍ
Respiración/Pulmones – ¿Hay algún problema de respiración o pulmonar? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
¿Asma? Si es así, se necesita la medicina diariamente? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de medicación? <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Oral ¿Necesitas medicación en la escuela? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Corazón – ¿Hay algún problema conocido del corazón? Si es así, mencione la condición y modificaciones necesarias:	NO	SÍ
Estómago/Abdominal/Intestinal – ¿Hay algún problema estomacal, abdominal o intestinal? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Riñón/Vejiga – ¿Hay algún problema del riñón o la vejiga del que usted tenga conocimiento? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Neurológico – ¿Hay problema neurológico del que usted tenga conocimiento? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
¿Ha habido algún problema de conmoción cerebral? Si es así incluya fechas.	NO	SÍ
Hormonas – ¿Ha habido alguna vez algún problema hormonal? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Diabetes – ¿Tiene su hijo/a diabetes? Si es así, ¿Su hijo/a requiere insulina durante la escuela? Desayuno? <input type="checkbox"/> Almuerzo? <input type="checkbox"/> Tarde? <input type="checkbox"/> ¿Su hijo/a va a requerir asistencia con el control de la diabetes? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Comportamiento/Psiquiátrico – ¿Hay algún comportamiento o problemas psiquiátrico conocido? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Medicación – Escriba los medicamentos que su estudiante consume diariamente: ¿Qué medicamentos recetados deberá tomar su hijo/a durante las horas de escuela?		

Por favor liste cualquier otra cosa que usted piensa que el/la especialista en salud de la escuela debe saber acerca de su estudiante:

Firma (Padre o Representante): _____ Fecha: _____

Si desea hablar con el especialista en salud de la escuela, por favor llame al (503) 738-5591