

**WAYNESBORO PUBLIC SCHOOLS
HEALTH QUESTIONNAIRE**

Student Name _____ Grade _____ Date _____
School _____ Teacher _____

You have indicated on your child's emergency card that he/she has a health concern. To help meet your child's medical needs in the school setting, please complete the following health questionnaire and return it to your child's school nurse as soon as possible.

PLEASE CHECK ALL THAT APPLIES OF YOUR CHILD

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Heart Condition | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches/Migraines |
| <input type="checkbox"/> Seizure Disorder | <input type="checkbox"/> Vision Problem | <input type="checkbox"/> Hearing loss | <input type="checkbox"/> Stomach/Colon problems |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bone/Joint problems | <input type="checkbox"/> Muscle problems | <input type="checkbox"/> Psychiatric/Emotional problems |
| <input type="checkbox"/> Other chronic health concerns (specify) _____ | | | |

Please provide details of the conditions/concerns marked above _____

Allergies (food, medication, environment, insects) Explain _____
Epi-Pen used? Yes _____ No _____ Benadryl used? Yes _____ No _____
(If you answer yes, then the **Medication Administration/Permission Form** must be completed)

IN THE **PAST YEAR** HAS YOUR CHILD ... (Please explain all yes responses below)

- | | | |
|-----------------------------|-----------|----------|
| had any serious illness? | Yes _____ | No _____ |
| had any serious injuries? | Yes _____ | No _____ |
| had mental health problems? | Yes _____ | No _____ |
| been hospitalized? | Yes _____ | No _____ |
| had surgery? | Yes _____ | No _____ |

Comments _____

LIST ALL MEDICATION, WITH DOSE, TAKEN BY YOUR CHILD

At Home _____

At School _____

- | | | |
|--|-----------|----------|
| Does student wear glasses? | Yes _____ | No _____ |
| Does student wear contact lenses? | Yes _____ | No _____ |
| Does student wear hearing aids? | Yes _____ | No _____ |
| Does student have a history of hearing problems? | Yes _____ | No _____ |
| Do you have any concerns about your child's eating habits? | Yes _____ | No _____ |
| Do you have any concerns about your child's sleep pattern? | Yes _____ | No _____ |
| Does your child have any physical restrictions? | Yes _____ | No _____ |
| Are there any restrictions with your child's activity at school? | Yes _____ | No _____ |

If yes, please describe: _____

Upon reviewing this information, it will be determined if your child requires an "Individual Health Care Plan" for the school setting. If needed, a form will be sent home for you to have your physician fill out and return.

Signature of Parent/Guardian
(hlthsrvquestn)

Reviewed by: School Nurse Signature

ESCUELAS PÚBLICAS DE WAYNESBORO
CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Fecha _____

Escuela _____ Maestra(o) _____

Usted ha indicado en la tarjeta de cuidado de emergencia de su niño(a) que tiene un problema de salud. Para ayudar a satisfacer las necesidades médicas de su niño en la escuela, complete por favor el cuestionario siguiente y devuélvalo a la enfermera de la escuela de su niño cuanto antes.

POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE CONCIERNA A SU HIJO O HIJA

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DDA/DDAH | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes- migrañas |
| <input type="checkbox"/> Desorden convulsivo | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Problemas del estómago o colon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas óseos o de articulaciones | <input type="checkbox"/> Problemas musculares | |
| <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos o emocionales | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas crónicos de salud (especifique) | | | |

Por favor escriba detalles sobre la condición arriba mencionada _____

Alergias (a alimentos, medicamentos, ambiente, insectos)

Explique _____

¿Usa Epi-Pen? Sí _____ No _____ Usa Benadryl? Sí _____ No _____

(Si su respuesta es sí debe llenar el formulario para **Permiso para administración de medicamentos**)

DURANTE EL ÚLTIMO AÑO SU HIJO(A) ... (Por favor explique todas las respuestas afirmativas)

¿Ha tenido alguna enfermedad seria? Sí _____ No _____

¿Ha sufrido alguna herida seria? Sí _____ No _____

¿Ha tenido problemas de salud mental? Sí _____ No _____

¿Ha sido hospitalizado? Sí _____ No _____

¿Ha tenido cirugías? Sí _____ No _____

Comentarios _____

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON DOSIFICACIÓN QUE SU HIJO O HIJA TOMA

En casa _____

En la escuela _____

¿El estudiante usa lentes? Sí _____ No _____

¿El estudiante usa lentes de contacto? Sí _____ No _____

¿El estudiante usa dispositivos de ayuda auditiva? Sí _____ No _____

¿El estudiante tiene historia de problemas auditivos? Sí _____ No _____

¿Tiene usted preocupaciones con respecto a sus hábitos alimenticios? Sí _____ No _____

¿Tiene usted preocupaciones con respecto a sus patrones de sueño? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo alguna restricción física? Sí _____ No _____

¿Existe alguna restricción con respecto a las actividades de su hijo en la escuela? Sí _____ No _____

De ser así por favor describa: _____

Una vez estudiada esta información, será determinado si su niño requiere "un plan individual del cuidado médico" para el ajuste de la escuela. De ser necesario, una forma será enviada a casa para que haga que su médico la complete y devuelva a la escuela.

Firma de padres o acudientes
(hlthsrvestn)

Reviewed by: School Nurse Signature