

Student Name _____

Please answer the Health questions below

Is your child allergic to any medications?
¿Es su niño alérgico a algún medicamento? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child have any food allergies or intolerances?
¿Tiene su hijo alergica o intolerancias alimentarias? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child have any other allergies or sensitivities?
¿Tiene su hijo otras alergias o sensibilidad? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child have any psychiatric, behavioral or emotional concerns?
¿Tiene su hijo preocupaciones psiquiátricas, del comportamiento o emocionales? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child have asthma or any breathing difficulties?
¿Tiene su hijo asma o dificultades de respiración? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Has your child had any surgical procedures or operations?
¿Ha tenido su hijo de procedimientos quirúrgicos u operaciones? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Is your child diabetic?
¿Es su niño diabético? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child have any kidney or urinary tract problems?
¿Tiene su hijo problemas de riñon o tracto urinario? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Has your child ever had a seizure or convulsion?
¿Ha tenido su hijo un ataque o convulsión? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Date of last seizure
Fecha de la última convulsión _____

Does your child have any cardiac/heart conditions?
¿Tiene su hijo condiciones cardiacas/enfermedades de corazon? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Has your child been diagnosed with any chronic disease or condition?
¿Han diagnosticado a su niño con enfermedad crónica o condición? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Has your child had any problems with his/her bowels or digestive tract?
¿Ha tenido su hijo problemas con sus intestinos o el tracto digestivo? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child have any hearing problems or frequent ear infections?
¿Tiene su hijo problemas de audición o infecciones frecuentes del oído? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child have any vision problems?
¿Tiene su hijo problemas de vision? Yes No If yes, please explain
En caso de contestar s', por favor explique

Does your child wear glasses? Yes No Does your child wear contacts? Yes No
¿Su hijo usa lentes? ¿Su hijo usa los contactos?

Does your child take any prescription medications? If yes, please list name and dose of medications
¿Toma su niño algun medicamento de receta? En caso afirmativo, por favor escriba el nombre y la dosis de medicaciones.
At Home? Yes No _____
¿En casa? _____
At School? Yes No _____
¿En la escuela? _____

Does your child take any over-the-counter medications routinely? If yes, please list name and dose of medications
¿Toma su hijo ningún medicamento de venta libre de la rutina? En caso afirmativo, por favor escriba el nombre y la dosis de medicaciones
At Home? Yes No _____
¿En casa? _____
At School? Yes No _____
¿En la escuela? _____

Any additional information about your child the KPS school nurse should know?
¿Hay información adicional sobre su hijo que la enfermera de la escuela de KPS debe saber?