

Student Name
Nombre del Estudiante

| |
|--|
| |
|--|

Parent or Guardian Name
Padre o Tutor Nombre

| |
|--|
| |
|--|

Please answer the health questions below...**this is for parents to fill out,**
not your doctor.

Por favor, conteste estas preguntas...**estas preguntas son para los**
padres, no son para su médico.

Yes No If yes, please explain

Sí No En caso de contestar sí, por favor explique

Is your child allergic to any medications?

¿ Es su hijo intolerante o alérgico a algo medicamento?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Does your child have any food allergies or sensitivities?

¿Es su hijo intolerante o alérgico a algo alimento?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Does your child have any other allergies or sensitivities?

¿ Sufre su hijo de Otro tipo de alergias o sensibilidades?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Does your child have any psychiatric, behavioral or, emotional concerns?

¿Tiene su hijo problemas emocionales, psiquiátricos o del comportamiento?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Does your child have asthma or any breathing difficulties?

¿ Tiene su hijo asma o dificultades al respirar?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Has your child had any surgical procedures or operations?

¿Ha tenido su hijo cirugías o procedimientos de cirugía?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Is you child diabetic?

¿ Es su hijo diabético?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Does your child have any kidney or urinary tract problems?

¿ Tiene su hijo problemas del tracto urinario o de los riñones?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Has your child ever had a seizure or convulsion?

¿ Ha tenido su hijo alguna vez un ataque o convulsión?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Date of last seizure

¿Cuál fue la fecha de la última confusión?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Does your child have any cardiac/heart conditions?

¿Tiene su hijo problemas cardíacos?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Has your child had any problems with his/her bowels or digestive tract?

¿ Ha tenido su hijo problemas intestinales o del tracto digestivo?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Student Name
Nombre del Estudiante

| |
|--|
| |
|--|

Parent or Guardian Name
Padre o Tutor Nombre

| |
|--|
| |
|--|

Please answer the health questions below...**this is for parents to fill out**, not your doctor.

Por favor, conteste estas preguntas...**estas preguntas son para los padres**, no son para su médico.

Yes No If yes, please explain

Sí No En caso de contestar sí, por favor explique

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Does your child have any hearing problems or frequent ear infections? ¿ Tiene su hijo problemas auditivos o sufre de infecciones frecuentes en los oídos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Does your child have any vision problems? ¿ Tiene su hijo algo problema visual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Does your child wear glasses? ¿ Usa su hijo anteojos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Does your child wear contacts? ¿Utiliza su hijo lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Does your child take any prescription medications? If yes, please list name and dose of medication. ¿ Toma su hijo alguno medicamento recetado? Si es sí, por favor mencione el nombre y dosis de los medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| At school? ¿ En el colegio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Does your child take any over-the-counter medications routinely? ¿ Toma su hijo regularmente medicamentos que no necesitan receta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| At home? ¿ En la casa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| At school? ¿ En el colegio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Any additional information about your child the Logan View Nurse should know? ¿ Tiene usted información adicional sobre su hijo que quisiera que la enfermera de Logan View conozca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |