

WELD RE-4 SCHOOL DISTRICT HEALTH SCREENING QUESTIONNAIRE--revised 2-18

Dear Parents/Guardians:

Please help us plan for your child's well being during school hours by completing this form carefully. Thank you.
Your Weld RE-4 School Nurses

Student: _____ DOB: ___/___/___ Gender: M F School: _____

Grade level: _____ City and State of last school attended: _____

Name of person filling out questionnaire: _____ Relation to child: _____

1) When has your child last had a routine health exam: _____ By whom? _____

2) Does your child have any allergies? NO YES
If YES, list and explain type of reactions: _____

3) Does your child have any chronic health conditions? (Please circle which ones) asthma, diabetes, ulcers, seizure disorders, nervous conditions, frequent ear infections, strep infections, bronchitis, heart condition
Any other conditions? _____
If conditions exist: a. Is the student still under treatment? NO YES
b. Can school health services be helpful? NO YES

If YES, please comment in detail: _____

4) Has your child had any serious illness, operations, hospitalizations, or injuries—including head injuries, concussions, or loss of consciousness? NO YES Has your child been diagnosed with a traumatic brain injury? NO YES
If YES to either of above please explain: _____

5) Has your child had any problem with: Hearing? NO YES Vision? NO YES
Last exam for: Hearing: _____ By whom? _____
Vision: _____ By whom? _____
If YES to either hearing or vision problems, please explain: _____

6) Is your child on any medication? NO YES Reason prescribed: _____
If YES, list medication and directions: _____
Does medication need to be given in school? NO YES

**Medication can only be given in school with signed permission by doctor and parents.
Contact health room staff at your child's school or go to the district website, www.weldre4.org, click on RE-4 Departments, then Health Services, and click on "Medication" tab.**

7) Weld RE-4 staff may give my student a non-medicated cough drop upon student request: NO YES

8) Does your child have any limitations or disabilities? NO YES
If YES, please explain: _____

9) Does your child have any need for special attention because of health problems? NO YES
If YES, please explain: _____

I am aware that my student's health information may be shared with school officials on a need to know basis as outlined in School Board Policy JRA Weld County School District RE-4 Student Records/Release of Information Concerning Students.

Signature of Parent/Guardian

Date

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE WELD RE-4 –revised 2/18

Estimados Padres/Tutores Legales:

Por favor ayúdenos a planear el bienestar de su hijo durante el horario escolar al llenar esta forma detenidamente. Gracias.
Christine Lichtenberg RN, Enfermera de la Escuela; Nicole Maas RN, Enfermera de la Escuela

Alumno: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Género: M F Escuela: _____

Grado: _____ Ciudad y Estado de la última escuela que asistió: _____

Nombre de quien esta llenando el cuestionario: _____ Relación con el niño(a): _____

1) Cuando fue el último examen de salud de rutina que tuvo su hijo: _____ ¿Quién lo hizo? _____

2) ¿Tiene su hijo alguna alergia? NO SI
Si la respuesta es SI, anote y explique el tipo de reacciones: _____

3) ¿Tiene su hijo alguna condición crónica? (Favor de circular las que aplican) asma, diabetes, úlceras, trastorno convulsivos, condición Nerviosa, infecciones frecuentes en los oídos, bronquitis, condición cardiaca
¿Cualquier otra condición? _____
Si la condición existe: a. ¿Acaso el alumno sigue bajo tratamiento? NO SI
b. ¿Pueden ayudarle los servicios de salud de la escuela? NO SI

Si la respuesta es SI, favor de comentar en detalle: _____

4) ¿A tenido su hijo alguna enfermedad seria, operaciones, hospitalizaciones, o lastimaduras—incluyendo lastimaduras en la cabeza, conmoción cerebral? NO SI ¿Ha sido diagnosticado su hijo con un daño del cerebro traumático? NO SI
Si la respuesta es SI a cualquiera de las preguntas favor de explicar: _____

5) Ha tenido su hijo algún problema con los: Oídos? NO SI Visión? NO SI
Ultimo examen de: Auditiva: _____ ¿Quién lo hizo? _____
Visión: _____ ¿Quién lo hizo? _____

Si la respuesta es SI a cualquiera de los problemas de la visión o auditiva, favor de explicar: _____

6) ¿Su hijo esta tomando algún medicamento? NO SI Motivo por el que fue prescrito: _____
Si la respuesta es SI, apunte los medicamentos y las indicaciones: _____
¿El medicamento necesita ser administrado en la escuela? NO SI

El medicamento solo puede ser administrado en la escuela con la autorización del médico y los padres. Comuníquese con el personal del cuarto de salud en la escuela de su hijo o vaya a la página del distrito, entre en la sección de RE-4 Departments, entonces vaya a Health Services/Servicios de Salud, y vaya a la porción de abajo en la sección de la tarjeta médica.

7) Personal de las escuelas públicas de Weld RE-4 puede dar a mi estudiante una pastilla para la tos, no medicada, a petición del estudiante: NO SI

8) ¿Tiene su hijo alguna limitación o incapacidad? NO SI
Si la respuesta es SI, favor de explicar: _____

9) ¿Tiene su hijo alguna atención especial por causa de problemas de salud? NO SI
Si la respuesta es SI, favor de explicar: _____

Yo autorizo que el diagnóstico médico sea compartido con los adultos en el ambiente escolar que van a estar trabajando con mi hijo solo cuando sea necesario.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha