



# LAWRENCE CATHOLIC ACADEMY

## 2018-2019 STUDENT HEALTH QUESTIONNAIRE

### PLEASE PRINT

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Parent's Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Dentist's Name: \_\_\_\_\_

Physician's Address: \_\_\_\_\_ Dentist's Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Health Insurance: YES \_\_\_ No \_\_\_ If "YES" please specify: \_\_\_\_\_

1. When did your child last see a medical doctor/why? \_\_\_\_\_

2. Dentist? \_\_\_\_\_

3. Does/Has your child have/had disease(s) that affects the function of the eye, ear, heart, kidney, muscles, lungs or immune system?

YES \_\_\_ NO \_\_\_ if "YES" explain: \_\_\_\_\_

4. List any operations, fractures, sprains, or bone dislocations: \_\_\_\_\_

5. Has your child ever had any of the following? Please circle Y for YES and N for NO.

- |   |   |   |                                    |   |   |
|---|---|---|------------------------------------|---|---|
| a. Allergies (food, insects, drugs, latex)  | Y | N | m. Diabetes                        | Y | N |
| b. Allergies (seasonal)                     | Y | N | n. Head or spine injury            | Y | N |
| c. Asthma or breathing problems             | Y | N | o. Hearing problems or deafness    | Y | N |
| d. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder | Y | N | p. Heart problems                  | Y | N |
| e. Behavioral problems                      | Y | N | q. Hospitalizations                | Y | N |
| f. Bladder problems                         | Y | N | r. Lead poisoning                  | Y | N |
| g. Bleeding problems                        | Y | N | s. Muscle problems                 | Y | N |
| h. Bowel problems                           | Y | N | t. Seizures                        | Y | N |
| i. Cerebral Palsy                           | Y | N | u. Sickle Cell Disease (not trait) | Y | N |
| j. Cystic fibrosis                          | Y | N | v. Speech Problems                 | Y | N |
| k. Dental problems                          | Y | N | w. Surgery                         | Y | N |
| l. Developmental problems                   | Y | N | x. Vision problems                 | Y | N |

Does your child have any Psychological or Mental Health Problems? Y N

Please explain any of the "YES" answers to the above questions: \_\_\_\_\_

Please list allergies: \_\_\_\_\_ Epipen prescribed" YES \_\_\_ NO \_\_\_

6. Describe any other important-health related information about your child (i.e. feeding tube, oxygen support, hearing aid, etc.)

7. Has your child ever had chicken pox? YES \_\_\_ NO \_\_\_ When? \_\_\_\_\_

8. List all prescriptions your child takes: \_\_\_\_\_

9. Does your child wear glasses? YES \_\_\_ NO \_\_\_

10: Is your child able to participate in the school's regular program of physical activities? YES \_\_\_ NO \_\_\_

If "NO" please explain \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian



# LAWRENCE CATHOLIC ACADEMY

## 2018-2019 ESTUDIANTE CUESTIONARIO DE SALUD

### POR FAVOR ESCRIBA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_ Telef Cel: \_\_\_\_\_

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Direccion del medico: \_\_\_\_\_ Direccion del dentista: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Seguro de salud: SI \_\_\_ No \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo su hijo por última vez a un médico / por qué? \_\_\_\_\_

2. Dentista \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su niño/a ha tuvo alguna enfermedad que afecte la función del ojos, oídos, corazón, riñones, músculos, pulmones o el sistema inmunológico? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Si "SÍ" explique: \_\_\_\_\_

4. Detalle las operaciones, fractura, torcedura o descolocaciones de huesos: \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo ha tenido alguna vez alguno de los siguientes? Por favor circule "S" para sí y N para NO.

- |   |   |   |  |   |   |
|---|---|---|--|---|---|
| a. Alergias (comida, insecto, droga, látex) | S | N | m. Diabetes                            | S | N |
| b. Alergias (estacionales)                  | S | N | n. Lesión en la cabeza o en la columna | S | N |
| c. Asma o problemas respiratorios           | S | N | o. Problemas de audición o sordera     | S | N |
| d. Déficit de Atención / Hiperactividad     | S | N | p. Problemas del corazón               | S | N |
| e. Problemas de conducta                    | S | N | q. Hospitalizaciones                   | S | N |
| f. Problemas de la vejiga                   | S | N | r. El envenenamiento por plomo         | S | N |
| g. Problemas de sangrado                    | S | N | s. Los problemas musculares            | S | N |
| h. Problemas intestinales                   | S | N | t. Convulsiones                        | S | N |
| i. Parálisis Celebrar                       | S | N | u. Enfermedad de células falciformes   | S | N |
| j. Fibrosis quística                        | S | N | v. Problemas del hablar                | S | N |
| k. Problemas dentales                       | S | N | w. Cirugía                             | S | N |
| l. Problemas de desarrollo                  | S | N | x. Problemas de visión                 | S | N |

¿ Tiene su niño/a problemas de salud psicológica o mental? S N

Por favor de explicar las respuestas a las que respondio "Si" : \_\_\_\_\_

Por favor listar alergias: \_\_\_\_\_ ¿Epipen recetada? SI \_\_\_ NO \_\_\_

6. Describa cualquier otra cosa o información importante relacionada a la salud de su hijo (es decir, un tubo de ali- mentación, soporte de oxígeno, la audición ayuda, etc) \_\_\_\_\_

7. ¿Su niño/a ha tenido alguna vez varicela? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

8. Lista todas las recetas que su niño/a toma: \_\_\_\_\_

9. ¿Usa su niño/a anteojos o lentes de contactos? SI \_\_\_ NO \_\_\_

10: ¿Su niño/a es capaz de participar en un programa normal de actividades físicas de la escuela ? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Si "NO" por favor explicar \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor