

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA  
STUDENT HEALTH QUESTIONNAIRE**

The following information is requested by the school nurse to plan an appropriate program for your child's needs in school, should any emergency situation arise. The information provided will be kept confidential in accordance with state and federal law. Please note that:

- **Parent/Guardian is responsible for providing the school with any medication or equipment the student will require during the school day.**
- **If an individual school health care plan is indicated, Parent/Guardian is responsible for providing the school nurse with the necessary medical information.**

Please check with the school's health room to obtain the correct medication and procedure forms.

**Parent/Guardian to complete both sides, sign, and return to the school.**

**Student Information**

Student's Name (Last):	Student's Name (First):	Middle initial:	Date of Birth:	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
School:		Grade:	Student's ID:	

**Parent Information**

Parent/Guardian's Name:		Relationship to student:	Parent/Guardian Name:		Relationship to student:
Home phone #:	Cell phone #:	Work phone #:	Home phone #:	Cell Phone #:	Work phone #:
Emergency Contact Name:		Phone #:	Emergency Contact Name:		Phone #:

**My Child has a medical condition that may affect his or her school day.**  No  Yes (If yes, continue to Medical Information section.)

**I authorize designated Osceola County School District Personnel to exchange medical information as necessary to support the continuity of care of my child.**  No  Yes

\_\_\_\_\_ Parent/Guardian Name (print)                      \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature                      \_\_\_\_\_ Date

**Attention school staff; please return this form to the school nurse.**

**Medical Information (Complete all boxes that apply to your child)**

**A. Medical History**

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Heart Disease	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Bladder/Kidney problems	<input type="checkbox"/> Sickle Cell	<input type="checkbox"/> ADHD
<input type="checkbox"/> Vision problems	<input type="checkbox"/> Hearing problems	<input type="checkbox"/> Headaches/Migraines	<input type="checkbox"/> Orthopedic problems
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hemophilia	<input type="checkbox"/> Other (please specify): _____	

Does your child have a primary care physician? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Name of physician:	Physician's phone #:	Date of last appointment:
---	--------------------	----------------------	---------------------------

Does your child see a specialist? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Name of specialist:	Specialist's phone #:	Date of last appointment:
--	---------------------	-----------------------	---------------------------

Does your child require activity restrictions?  No  Yes (If yes, school must have medical documentation from a provider on file to accommodate any restrictions.)

**B. Medications: Please list all medications your child takes on a daily or as needed basis (A Medication Authorization Form must be obtained from the health room and completed before medications can be dispensed at school.)**

Medication Name	How much	Time given	Reason for Medication

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**  
**CUESTIONARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

La siguiente información es solicitada por la enfermera de la escuela para planificar un programa apropiado para las necesidades de su hijo en la escuela, en caso de que surja alguna situación de emergencia. La información proporcionada se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes estatales y federales. Tenga en cuenta que:

- El padre/tutor es responsable de proporcionar a la escuela cualquier medicamento o equipo que el estudiante necesite durante el día escolar.
- Si se indica un plan de atención médica escolar individual, el padre/tutor es responsable de proporcionar a la enfermera escolar la información médica necesaria.

Consulte con la sala de salud de la escuela para obtener los formularios de procedimiento y medicamentos correctos.

**Los padres/tutores deben rellenar ambos lados, firmar y devolver a la escuela.**

**Información del estudiante**

Nombre del estudiante (apellido):	Nombre del estudiante (primer nombre):	Inicial de segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra
Escuela:		Grado:	Núm. de identificación del estudiante:	

**Información del padre**

Nombre del padre/tutor:		Relación con el estudiante:	Nombre del padre/tutor:		Relación con el estudiante:
# Teléfono del hogar:	# Teléfono celular:	# Teléfono del trabajo:	# Teléfono del hogar:	# Teléfono celular:	# Teléfono del trabajo:
Nombre del contacto de emergencia:		# Teléfono:	Nombre del contacto de emergencia:		# Teléfono:

¿Mi hijo tiene una condición médica que puede afectar su día escolar?  No  Sí (En caso afirmativo, continúe con la sección de Información Médica.)

Autorizo al personal designado del Distrito Escolar del Condado Osceola a intercambiar información médica según sea necesario para apoyar la continuidad del cuidado de mi hijo.  No  Sí

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Atención personal de la escuela; por favor devuelva este formulario a la enfermera de la escuela.**

**Información médica (Complete todas las casillas que correspondan a su hijo)**

**A. Medical History**

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga/riñones	<input type="checkbox"/> Células falciformes	<input type="checkbox"/> TDAH
<input type="checkbox"/> Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): _____	

¿Tiene su hijo un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre del médico:	# Teléfono del médico:	Fecha de la última cita:
--	--------------------	------------------------	--------------------------

¿Ve a su hijo a un especialista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre del especialista:	# Teléfono del especialista:	Fecha de la última cita:
--	--------------------------	------------------------------	--------------------------

¿Requiere su hijo restricciones de actividad?  No  Sí (En caso afirmativo, la escuela debe tener archivada la documentación médica de un proveedor para adaptarse a cualquier restricción).

**B. Medicamentos: Indique todos los medicamentos que toma su hijo a diario o cuando los necesita (Se debe obtener un formulario de autorización de medicamentos en la sala de salud y completarlo antes de que se puedan dispensar medicamentos en la escuela).**

Nombre del medicamento	Cantidad	Hora de administración	Motivo de la medicación

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA  
STUDENT HEALTH QUESTIONNAIRE**

**C. Allergies**  No  Yes

Are the allergies: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Severe	<b>What is your child allergic to? (Check all that apply)</b>	<b>Please Specify:</b>
Date of Last Severe Reaction: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Foods:	
Allergy caused by: <input type="checkbox"/> ingestion <input type="checkbox"/> inhalation <input type="checkbox"/> contact	<input type="checkbox"/> Insect Stings/Bites:	
	<input type="checkbox"/> Medication:	
	<input type="checkbox"/> Plants/Environmental:	
	<input type="checkbox"/> Unknown	

Does your child have a food intolerance? If yes, please specify: \_\_\_\_\_

Please check all symptoms noted with allergic reaction:

<input type="checkbox"/> Redness	<input type="checkbox"/> Severe swelling	<input type="checkbox"/> Itching	<input type="checkbox"/> Hives
<input type="checkbox"/> Breathing problems	<input type="checkbox"/> Swelling of lips/face	<input type="checkbox"/> Loss of consciousness	<input type="checkbox"/> Nausea

If your child has a reaction, what do you do to treat the symptoms? \_\_\_\_\_

\*Please list all medications your child takes for allergies in section B.  
Has your child been prescribed an epinephrine auto-injector to be used in an emergency?  No  Yes

**D. Asthma**  No  Yes

Has your child ever been hospitalized due to asthma?  No  Yes      If yes, when was last hospitalization? \_\_\_\_\_

What symptoms does your child experience during an asthma episode?  
 Difficulty breathing     Coughing     Wheezing     Chest Pain/Discomfort     Other: \_\_\_\_\_

What triggers your child's asthma? (check all that apply)		Currently prescribed medications:
Trigger:	Please specify/explain:	<input type="checkbox"/> Inhaler (rescue)
<input type="checkbox"/> Exercise		<input type="checkbox"/> Inhaler (controller)
<input type="checkbox"/> Environmental		<input type="checkbox"/> Nebulizer
<input type="checkbox"/> Foods		<input type="checkbox"/> Oral steroids
<input type="checkbox"/> Unknown		<input type="checkbox"/> Oral antihistamines
<input type="checkbox"/> Other		*Please list all medications in section B.

**E. Diabetes**  No  Yes (If yes, please provide a current Diabetes Medical Management Plan from your child's provider.)

**Currently prescribed medications and treatments (check all that apply and list medications in section B.)**

Insulin via:  Syringe     Pen     Pump  
 Blood sugar testing     Glucagon     Oral Medications     Continuous glucose monitoring

**\*It is recommended that a complete set of diabetic supplies (insulin, glucagon, fast acting sugar, protein snack, glucometer, etc.) be provided to the school for a student with diabetes even if the student has permission to self-carry these items.**

What symptoms does your child exhibit with <b>low</b> blood sugar?	What symptoms does your child exhibit with <b>high</b> blood sugar?
--	---

Does your child recognize the symptoms of a <b>low</b> blood sugar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Does your child recognize the symptoms of a <b>high</b> blood sugar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
---	--

**F. Seizure Disorder**  No  Yes (If yes, please provide a seizure action plan from your child's provider.)

Type of Seizure: <input type="checkbox"/> Convulsive <input type="checkbox"/> Non-Convulsive Please specify: _____	What symptoms does your child have when having a seizure?
--	---

Date of last seizure:	Length of seizure:	Known triggers:	Has an emergency seizure medication been prescribed by a physician? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
-----------------------	--------------------	-----------------	--

Medications: Please list all medication student takes for seizures in section B.

Are any physical activity restrictions required?  No  Yes  
**\*If yes, school must have medical documentation from a provider on file to accommodate any restrictions.**

**FOR DISTRICT NURSE USE ONLY:** Care Plan  No  Yes    Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**  
**CUESTIONARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

<b>C. Alergias</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Son las alergias: <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Severas	<b>¿A qué es alérgico su hijo? (Marque todo lo que corresponda)</b>	<b>Favor de especificar:</b>
Fecha de la última reacción grave: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Comidas:	
Alergia causada por: <input type="checkbox"/> ingestión <input type="checkbox"/> inhalación <input type="checkbox"/> contacto	<input type="checkbox"/> Picaduras/mordeduras de insectos:	
	<input type="checkbox"/> Medicamento:	
	<input type="checkbox"/> Plantas/ambiental:	
	<input type="checkbox"/> Desconocido	

¿Su hijo tiene intolerancia alimentaria? En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

Por favor, marque todos los síntomas observados con reacción alérgica:

<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Hinchazón severa	<input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Hinchazón de labios/cara	<input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> Náuseas

Si su hijo tiene una reacción, ¿qué debe hacer para tratar los síntomas? \_\_\_\_\_

\* Enumere todos los medicamentos que toma su hijo para las alergias en la sección B.  
 ¿Se le ha recetado a su hijo un autoinyector de epinefrina para utilizar en caso de emergencia?  No  Sí

**D. Asma**  No  Sí

¿Ha estado su hijo hospitalizado alguna vez por asma?  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última hospitalización? \_\_\_\_\_

¿Qué síntomas experimenta su hijo durante un episodio de asma?

Dificultad para respirar  Tos  Sibilancias  Dolor/malestar en el pecho  Otro: \_\_\_\_\_

<b>¿Qué causa el asma de su hijo? (marque todo lo que corresponda)</b>		<b>Medicamentos prescritos actualmente:</b> <input type="checkbox"/> Inhalador (rescate) <input type="checkbox"/> Inhalador (controlador) <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Esteroides orales <input type="checkbox"/> Antihistamínicos orales *Por favor, enumere todos los medicamentos en la sección B.
Causa:	Favor de especificar/explicar:	
<input type="checkbox"/> Ejercicio		
<input type="checkbox"/> Ambiente		
<input type="checkbox"/> Comidas		
<input type="checkbox"/> Desconocido		
<input type="checkbox"/> Otro		

**E. Diabetes**  No  Sí (En caso afirmativo, facilite un Plan de control médico de la diabetes actual del proveedor de su hijo)

**Medicamentos y tratamientos prescritos actualmente (Marque todas las que correspondan y enumere los medicamentos en la sección B.)**

Insulina vía:  Jeringuilla  Pluma  Pompa  
 Análisis de azúcar en sangre  Glucagón  Medicamentos orales  Monitorización continua de la glucosa

**\*Se recomienda que se proporcione a la escuela un juego completo de suministros para diabéticos (insulina, glucagón, azúcar de acción rápida, tentempié proteínico, glucómetro, etc.) para un estudiante con diabetes, incluso si el estudiante tiene permiso para llevar estos artículos consigo mismo.**

¿Qué síntomas presenta su hijo cuando tiene un nivel <b>bajo</b> de azúcar en sangre?	¿Qué síntomas presenta su hijo cuando tiene un nivel <b>alto</b> de azúcar en sangre?
---	---

¿Reconoce su hijo los síntomas de un nivel <b>bajo</b> de azúcar en sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Reconoce su hijo los síntomas de un nivel <b>alto</b> de azúcar en sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	--

**F. Trastorno convulsivo**  No  Sí (En caso afirmativo, facilítenos un plan de acción contra las convulsiones del pediatra de su hijo.)

Tipo de convulsión: <input type="checkbox"/> Convulsivo <input type="checkbox"/> No-Convulsivo	¿Qué síntomas tiene su hijo al tener una convulsión?
Favor de especificar:	

Fecha de la última convulsión:	Tiempo de duración:	Causas conocidas:	¿Un médico le ha recetado un medicamento de emergencia para las convulsiones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--------------------------------	---------------------	-------------------	---

Medicamentos: Enumere todos los medicamentos que el estudiante toma para las convulsiones en la sección B.

¿Se requiere alguna restricción de actividad física?  No  Sí  
 \* En caso afirmativo, la escuela debe tener documentación médica de un proveedor archivada para adaptarse a cualquier restricción.

**PARA USO EXCLUSIVO DE ENFERMEROS DEL DISTRITO:** Plan de cuidado  No  Sí Firma del enfermero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_