



Lake County School District R-1

High School
719-486-6950

Intermediate School
719-486-6830

West Park Elementary
719-486-6890

HEALTH QUESTIONNAIRE

STUDENT NAME _____ SCHOOL _____

BIRTH DATE _____ GRADE _____ TODAY'S DATE _____

Does your child take any medications? Yes No

If yes please list the medications. _____

Does your child have allergies? Yes No

If yes please list the allergies. _____

Is the allergy severe or life threatening? Yes No

Does your child have asthma? Yes No

If yes is the asthma? Severe Moderate Mild

Triggers for asthma. Cold Weather Exercise Stress Colds/Illness

Other: _____

Does your child need an inhaler at school? Yes No

If yes does your child carry the inhaler or is it in the office? Carries In Office

Does your child have any chronic health conditions? Diabetes Seizure Disorders

Frequent ear infections Heart Condition Headaches ADD/ADHD

Cerebral Palsy Other please list: _____

Is your child currently under treatment? Yes No

Has your child had any serious illness, operations or injury? Yes No

If yes please explain: _____

Does your child have any problems with their eyes/vision? Yes No

Wears glasses Contacts Other eye problems: _____

Does your child have any problems with their ears/hearing? Yes No

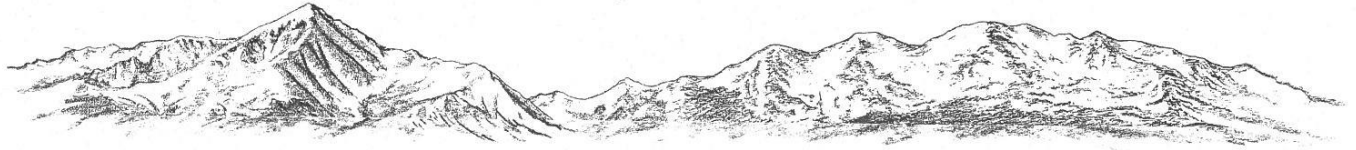
Please explain: _____

Does your child have any disability or limitations? Yes No

Please explain: _____

I give my permission for this information to be shared with appropriate school personnel.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Lake County School District R-1

High School
719-486-6950

Intermediate School
719-486-6830

West Park Elementary
719-486-6890

DISTRITO DE ESCUELAS DEL CONDADO LAKE PREGUNTAS SOBRE LA SALUD

Nombre del Niño _____ Escuela _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Fecha _____

?Esta tomando medicamentos su hijo/a ahora? Si No

Escriba el nombre de la medicina y las instrucciones _____

?Tiene su hijo alergias? Si No

?Alergias a que? _____

?Es la alergia grave o severamente grave? Si No

?Sufre su hijo de Asma? Si No

El asma es: Severa Moderada No muy severa

Sufre de asma cuando: Hace ejercicios Tiene estres esta enfermo/resfriado

Otras _____

?Necessita su hijo un inhalador en la escuela? Si No

?Lleva su hijo un inhalador o lo deja en la oficina? La oficina Lo traer con el

?Tiene su hijo/a condiciones cronicas de salud? Diabetis Ataques de Apoplejia Paralisis Cerebral

ADD/ADHD Otros _____

?Esta recibiendo tratamiento ahora? Si No

?Ha tenido su hijo/hija enfermedades graves, operaciones o heridas? Si No

Explique _____

?Tinene problemas, su hijo/a, de la vista o de los oidos? Si No

Explique _____

?Tiene su hijo/a incapacidades o limitaciones medicas? Explique _____

Doy permiso de poder compartir esta informacion con el personal de la escuela apropiada.

Firma de los padres o el guardian _____ Fecha _____

FIRMADO _____ FECHA _____