

HOLYOKE COMMUNITY CHARTER SCHOOL

2200 Northampton St., Holyoke, MA 01040
Telephone: (413) 533-0111 Fax: (413) 536-5444
www.hccs-sabis.net

Health Questionnaire Fall 2021

Student's Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

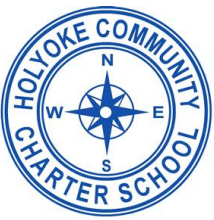
As children get older they can develop or grow out of certain health conditions. It is important that the nurse be kept updated about these changes in order to provide quality care. If a health condition arises during the school year please be sure to let the school nurse know. This form should be filled out at the beginning of every year.

Please **circle** YES or NO

Seizures	YES	NO	<i>If yes ask nurse for seizure protocol form to fill out</i>
Asthma	YES	NO	<i>If yes answer the following questions</i> ➤ Are they prescribed an albuterol inhaler ("pump/puffer")? yes / no ➤ Are they prescribed a daily inhaler? (Ex. Qvar, Flovent, Pulmicort) yes / no ➤ Are they ever prescribed prednisone when their asthma is bad? yes / no
ADD/ADHD	YES	NO	<i>If yes, do they take any medication? Please list:</i>
Migraines/frequent headaches	YES	NO	<i>If yes, do they take any medication? Please list:</i>
Frequent stomachaches	YES	NO	<i>If yes, do they take any medication? Please list:</i>
Nut allergy	YES	NO	<i>If yes, are they prescribed an Epi-Pen? yes / no</i>
Food allergies	YES	NO	<i>If yes please list which foods:</i>
Seasonal/environmental allergies	YES	NO	<i>Do they take any medication? yes / no If yes, please list:</i>
Glasses	YES	NO	
Hearing aids	YES	NO	
Bladder control issue	YES	NO	

- Does your child take any daily medications (other than those listed above)? **YES / NO**
If yes, please list: _____

- Please list any other health problems the nurse should be aware of:



HOLYOKE COMMUNITY CHARTER SCHOOL

2200 Northampton St., Holyoke, MA 01040
Telephone: (413) 533-0111 Fax: (413) 536-5444
www.hccs-sabis.net

Cuestionario de Salud Otoño 2021

Nombre Estudiante _____ Fecha Nac. _____ Grado _____

A medida que los niños crecen, pueden desarrollar condiciones de salud. Es importante que la enfermera se mantenga actualizada acerca de estos cambios con el fin de proporcionar atención de calidad. Si surge una condición de salud durante el año escolar, asegúrese de informar a la enfermera de la escuela. Este formulario debe ser llenado al principio de cada año.

Favor **circlear** SI o NO

Convulsiones	SI	NO	En caso afirmativo, pida a la enfermera que llene el formulario de protocolo de convulsiones
Asma	SI	NO	En caso afirmativo conteste las siguientes preguntas: ➤ Se le prescribe un inhalador de albuterol ("pump/puffer")? si / no ➤ Se le prescribe un inhalador diario? (Ex. Qvar, Flovent, Pulmicort) si / no ➤ Se le prescribe prednisona cuando el asma es fuerte? si / no
ADD/ADHD	SI	NO	En caso afirmativo, ¿toman algún medicamento? Por favor indique:
Migraña /Dolores de cabeza frecuentes	SI	NO	En caso afirmativo, ¿toman algún medicamento? Por favor indique:
Malestar estomacal frecuente	SI	NO	En caso afirmativo, ¿toman algún medicamento? Por favor indique:
Alergia a nueces	SI	NO	Si es así, ¿se les recetó un Epi-Pen? si / no
Alergias a alimentos	SI	NO	En caso afirmativo, indique qué alimentos:
Alergias de estacion/ ambientales	SI	NO	¿Toman algún medicamento? Sí / no En caso afirmativo, indique:
Espejuelos	SI	NO	
Aparatos Auditivos Sordera	SI	NO	
Problemas Control de Vejiga	SI	NO	

- ¿Su hijo toma algún medicamento diario (distinto de los mencionados anteriormente)? **SI / NO**
En caso afirmativo indique: _____

- Por favor, indique cualquier otro problema de salud que la enfermera debe tener en cuenta:

