

CONFIDENTIAL

Enrollment 5/07

The SCHOOL DISTRICT of the City of ALLENTOWN
El Distrito Escolar de la Ciudad de Allentown

Medical, Development History/Sociolinguistic Form

Historial Médico y Desarrollo/Formulario Lingüístico

Date: _____

Fecha: _____

By signing below I give my permission for the school nurse to share health information with appropriate staff for the health and safety of my child.

Al firmar abajo doy permiso a la enfermera escolar para compartir información de la salud y seguridad de mi hijo/hija al personal apropiado

Date _____ Signature of Parent or Guardian _____

Fecha _____ Firma del Padre o Guardián _____

All information is provided at the discretion of the parent/Toda la información provista será a la discreción del padre/guardián

Name of Child _____ Date of Birth _____
Nombre del niño/a Fecha de nacimiento

Name of person providing information and relationship to child _____
Nombre de la persona proveyendo esta información y su relación con el niño/a

Mother's Full Name _____ Father's Full Name _____
Nombre de la madre Nombre del padre

Child resides with _____
El niño vive con

Telephone numbers: Home _____ Emergency Number _____
Números de Teléfono: Casa Número de Emergencia

Name of Person at Emergency Number _____
Nombre de la Persona a quien contactar en caso de Emergencia

Mother's work number _____ Father's work number _____
Número del trabajo de la madre Número del trabajo del padre

Cell Phone/Celular _____ Cell Phone/Celular _____

History of Birth/Historia del Nacimiento

Mother's age at birth/ *Edad de la madre cuando dio a luz/al tiempo del parto* _____

Were there any unusual conditions during pregnancy? (check any that apply):
¿Hubo alguna condición extraña durante el embarazo? (marque los que apliquen)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| _____ RH factor
<i>Factor RH</i> | _____ Emotional Upset
<i>Trastornos emocionales</i> | _____ High Blood Pressure
<i>Presión alta</i> | _____ Infections
<i>Infecciones</i> |
| _____ German Measles
<i>Sarampión</i> | _____ Serious Injury/Illness
<i>Enfermedades/lesiones graves</i> | _____ Abnormal Bleeding
<i>Flujo de sangre anormal</i> | _____ Medication (explain)
<i>Medicamentos (razones)</i> |

Comments: _____
Comentarios

Baby's weight at birth: _____ Birth Place _____
Peso del bebé al nacer Lugar de nacimiento

Were there any unusual conditions or problems at birth? (check any that apply):
¿Hubo condiciones o problemas anormales durante el parto? (Marque los que apliquen)

_____ Difficult/long labor <i>Dificultad en el parto</i>	_____ Instrument delivery <i>Se usó instrumento</i>	_____ Blue baby <i>Bebé azul</i>	_____ Incubator <i>Incubadora</i>
_____ Blood transfusion <i>Transfusión de sangre</i>	_____ premature <i>Prematuro</i>	_____ Post mature <i>Post parto/parto tardío</i>	_____ Caesarian <i>Cesárea</i>
_____ Jaundice <i>Icteria</i>	_____ Breech birth <i>Nacimiento invertido</i>	_____ Oxygen at birth <i>Oxígeno al nacer</i>	

Comments _____

Comentarios

Approximate age your child was/Edad aproximada cuando su niño empezó a

Sitting without support _____ <i>Se sentó sin ayuda</i>	Saying single words _____ <i>Comenzó a decir palabras</i>	Crawling _____ <i>Gateó</i>	talking in phrases _____ <i>Hablar en oraciones completas</i>
Walking alone/self- _____ <i>Caminó solo</i>	Toilet trained _____ <i>Fue al baño</i>		

Comments _____

Comentarios

History of Infancy and Early Childhood/Historial de Infancia y Temprana Edad

Check the following behaviors which apply to your child/Marque la conducta que aplique a su niño :

_____ hyperactive <i>Hiperactivo</i>	_____ nail biting <i>se muerde las uñas</i>	_____ short attention span <i>atención breve</i>
_____ extremely tired/sleepy <i>extremadamente cansado</i>	_____ temper tantrums <i>Rabietas/exceso de cólera</i>	_____ negative reaction to affection <i>Reacciona de manera negativa a muestras de afecto</i>
_____ defiance of authority <i>desafía la autoridad</i>	_____ unusual fears <i>miedos raros</i>	_____ difficulty playing with peers <i>dificultad al jugar con otros</i>
_____ stuttering <i>Tartamudea</i>	_____ speech is not clear <i>no habla claro</i>	_____ frequent stumbling or falling <i>frecuentemente se tropieza o cae</i>
_____ difficulty holding pencil <i>dificultad al sostener el lápiz</i>	_____ difficulty using scissors <i>dificultad al cortar con tijeras</i>	_____ unusual tics or twitches <i>muecas o tic extraños</i>
_____ difficulty expressing needs <i>dificultad al expresar sus necesidades</i>	_____ difficulty dressing self <i>dificultad al vestirse</i>	_____ difficulty separating from parent <i>dificultad al separarse de los padres</i>
_____ poor coordination <i>mala coordinación</i>	_____ frequent headaches <i>dolores de cabeza frecuentes</i>	_____ allergies <i>alergias</i>
_____ bed wetting <i>moja la cama</i>	_____ bowel/bladder problems <i>problemas de la vejiga/intestinales</i>	_____ convulsions/seizures <i>convulsiones/ataques</i>
_____ difficulty understanding directions <i>dificultad entendiendo direcciones</i>	_____ high fevers <i>fiebres alta</i>	_____ fainting <i>desmayo</i>

Comments _____

Comentarios

Pre-School Experience (Please list names, addresses and dates attended)

Experiencias de preparación para ir a la escuela (Liste nombres, direcciones y fechas de asistencia)

Current Medical Conditions/Condiciones Médicas Presente:

Has your child ever had any of the following/ ¿Ha tenido su niño/a alguna vez uno de los siguientes?

Allergies (please list) _____

Alergias (por favor liste)

Type of allergic reaction _____

Tipo de reacción alérgica

Seizures (type, date of last seizure) _____

Ataques (tipo y fecha del último ataque)

Health Conditions/Concerns (please circle) Diabetes Asthma Heart ADHD Other _____

Enfermedades serias/preocupaciones de salud (por favor marque) Diabetes Asma Corazón ADHD Otras

Special medications prescribed? YES NO Name of medication _____ Reason _____

¿Medicina especial recetada? Si No Nombre de la medicina Razón

Visual Examination YES NO Date of Examination _____ Physician _____

Examen Visual: Si No Fecha del examen Doctor

Eye Injuries YES NO Comments _____

Lesiones Oculares Sí No Comentarios

Glasses Prescribed YES NO Comments _____

Lentes recetados Si No Comentarios

Does your child presently have any vision problems? ___ Yes ___ No Comments: _____

¿Tiene su niño problemas con la vista? ___ Si ___ No Comentarios:: _____

Hearing Examination YES NO Date of Examination _____ Physician _____

Examen del Oído Si No Fecha del examen Doctor

Ear Operations (tubes, etc.) YES NO Comments _____

Operaciones del Oído (tubos, etc.) Si No Comentarios

Three or more incidents or middle ear infections in the first 18 months? YES NO

¿Tres o más incidentes o infecciones dell oído durante los primeros 18 meses? Si No

Does your child presently have any hearing problems? YES NO Comments: _____

Tiene su niño problemas de audición? Si No Comentarios

Dental Examination YES NO Dentist's Name _____ Date of Exam _____

Si No Nombre del dentista Fecha del Examen

Does your child presently have any dental problems? YES NO Comments _____

¿Tiene su niño/a problemas con los dientes? Si No Comentarios

Hospitalizations/Hospitalizaciones:

Was your child ever hospitalized? YES NO

¿Ha sido su niño/a hospitalizado? Si No

If so, list dates and reasons for hospitalizations _____

Si su respuesta es sí, escriba las fechas y razones por las hospitalizaciones

Did your child ever receive a head or back injury? YES NO Date: _____

¿Ha recibido su niño algún golpe en la cabeza o la espalda? Si No Fecha:

Was child unconscious? YES NO How long? _____

¿Estuvo el niño inconsciente? Sí No ¿Por cuánto tiempo?

Did your child have a concussion? YES NO Physician _____

¿Ha tenido su niño/a una conmoción cerebral Si No Doctor

Name of Hospital of choice: _____
Hospital de su preferencia

Name of insurance provider: _____
Nombre del seguro de salud

List any other clinics or community agencies you are involved with _____
Por favor liste otras clínicas donde usted es/fue atendido

Are you presently receiving D.P.W. or Medical Assistance? YES NO If yes, MA number is _____

¿Está usted actualmente recibiendo Asistencia Pública o Asistencia Médica? Si No El número de su tarjeta es _____

Current Behavior /Comportamiento Actual

Is your child able to dress self? YES NO Does your child still take naps? YES NO
¿Se puede vestir su niño/a solo? Sí No ¿Todavía toma siestas su niño/a? Sí No
Does your child have the opportunity to play with other children? YES NO
¿Tiene su niño/a la oportunidad de jugar con otros niños? Si No

Has your child developed a hand preference? _____left _____right _____both
¿Ha desarrollado su niño/a preferencia a una de las manos? izquierda derecha ambas

How does your child get along with other children in the home? _____
¿Cómo es la relación del niño/a con otros niños en la casa?

Family Data/Información de la familia:

Other children (living in the home)	Name/Nombre	DOB/ Fecha de nacimiento/Edad
Otros niños que viven en la casa	_____	_____
	_____	_____

Describe your child's greatest strength _____
Describe la mayor fortaleza(s) de su niño/a

Describe any concerns you have about your child _____
Describe cualquier preocupación que tenga acerca de su niño/a

Language/Ethnic Background / Lenguaje/Historia Étnica

What languages are spoken in the home? _____
¿Qué idiomas se hablan en el hogar?

Which language is most frequently spoken in the home? _____
¿Qué idioma se habla con más frecuencia en el hogar?

Which language did your child learn to speak first? _____
¿Qué idioma aprendió primero a hablar su niño/a?

Which language do you speak to your child? _____
¿Qué idioma le habla usted a su niño/a?

Does your child have difficulty answering questions or following directions? _____
¿Tiene su niño/a dificultad contestando preguntas o siguiendo instrucciones?

Is it difficult to understand your child's speech? _____
¿Es difícil entender cuando su niño/a habla?

What is your child's ethnic/cultural background? _____
¿Cuál es la nacionalidad, raza, cultura de su niño/a?

How long has your child lived in the USA? _____
¿Cuánto tiempo tiene el niño/a en los Estados Unidos?

Comments: _____
Comentarios: