

OFFICE USE ONLY

STUDENT LAST NAME: _____

DATE RECEIVED: _____

CONFIDENTIAL DOCUMENT

Salvaggio Academy

New Student Medical & Developmental History/Sociolinguistic Form

Historia Médica y Desarrollo/Forma Sociolingüística

All information is provided at the discretion of the parent

Toda la información provista será a la discreción del padre/guardián

Name of Child _____

Nombre del niño

Date of Birth _____

Fecha de nacimiento

Name of person providing information and relationship to child _____

Nombre de la persona dando información y la relación con el niño

Mother's Full Name _____

Nombre de la madre

Father's Full Name _____

Nombre del padre

Child resides with _____

El niño vive con

Telephone Numbers: Home _____

Números del Teléfono: Casa

Emergency Number _____

Número de Emergency

Name of Person at Emergency Number _____

Nombre de la Persona de Emergencia

Mother's Work Number _____

Número del trabajo de la madre

Father's Work Number _____

Número del trabajo de la padre

Cell Phone/Cellular _____

Cell Phone/Cellular _____

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)

OFFICE USE ONLY

STUDENT LAST NAME: _____

DATE RECEIVED: _____

CONFIDENTIAL DOCUMENT

Current Medical Conditions*Condiciones Medica Presente***Are there any new medical conditions we should be aware of?** YES NO Comments _____*¿Existen nuevas condiciones médicas que debemos tener en cuenta?* Sí No *Comentarios* _____**If yes, are they currently under the care of a doctor?** YES NO*¿Su hijo está bajo el cuidado de un médico?* Sí No**Has your child ever had any of the following?***¿Ha tenido su niño recientemente o alguna vez uno de los siguientes?***Allergies (please list)** _____*Alergias (por favor liste)***Type of allergic reaction** _____*Tipo de reacción a alergias***Seizures (type, date of last seizure)** _____*Ataques (tipo, fecha del último ataque)***Health Conditions/Concerns (please circle)** Diabetes Asthma Heart ADHD Other _____*Enfermedades Serias (por favor circule)* 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 _____*Exámen Visual* Si No *Fecha de examinación* *Doctor***Eye Injuries** YES NO Comments _____*Golpe serio en el ojo* Si No *Comentarios***Glasses Prescribed** YES NO Comments _____*Lentes recetado* 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 de examinación* *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 al oído durante los primeros 18 meses?* Si No

OFFICE USE ONLY

STUDENT LAST NAME: _____

DATE RECEIVED: _____

CONFIDENTIAL DOCUMENT

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** _____
Problema con los dientes Si No Nombre del dentista Fecha del examen

Does your child presently have any dental problems? YES NO Comments: _____
¿Tiene su hijo actualmente algún problema dental? Sí No Comentarios: _____

Is your child currently under the care of a dentist? YES NO
¿Su hijo está bajo el cuidado de un dentista? Sí No

Hospitalizations
Hospitalizaciones

Was your child ever hospitalized? YES NO
¿Ha sido su niño hospitalizado? Si No

If yes, list dates and reasons for hospitalizations _____
Si lo fue, liste las fechas y razones por las hospitalizaciones.

Name of Hospital Choice: _____
Hospital de su preferencia

Name of Insurance Provider: _____
Nombre del seguro de salud

ID/Policy # _____ Group #: _____
Número de ID/Póliza: _____ Número de Grupo: _____

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

Are you presently receiving D.P.W. or Medical Assistance? YES NO
¿Está usted actualmente recibiendo Asistencia Pública o Asistencia Médica? Si No

If yes, your MA number is _____
El número de su tarjeta es

Current Behavior
Conducta Actual

Is your child able to dress himself or herself? YES NO **Does your child still take naps?** YES NO
¿Se viste su niño solo? Si No ¿Su niño todavía duerme una siesta? Si No

Does your child have the opportunity to play with other children? YES NO
¿Su niño tiene la oportunidad de jugar con otros niños? Si No

OFFICE USE ONLY

STUDENT LAST NAME: _____

DATE RECEIVED: _____

CONFIDENTIAL DOCUMENT

Has your child developed a hand preference?

¿Ha desarrollado su niño con preferencia a una de las manos

_____ Left
Izquierda

_____ Right
Derecha

_____ Both
Ambas

How does your child get along with other children in the home? _____

¿Cómo es la relación del niño con otros niños en la casa?

Language

Lenguaje

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 first learn to speak? _____

¿Qué idioma aprendió primero a hablar su niño?

Which language do you speak to your child? _____

¿En qué otro idioma le habla a su niño?

Does your child have difficulty answering questions or following directions? _____

¿Tiene su niño dificultades para contestar preguntas o seguir direcciones?

Is it difficult to understand your child's speech? _____

¿Es difícil entender cuando su niño habla?

Comments: _____

Comentarios

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

Print Parents Name _____ Date _____

Signature of Parent _____ Date _____