

OFFICE USE ONLY

STUDENT LAST NAME: _____

DATE RECEIVED: _____

CONFIDENTIAL DOCUMENT

CAI Learning Academy

Medical & Developmental History/Sociolinguistic Form

Historia Médica y Desarrollo/Forma Sociolingüística

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.

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

Child resides with _____
El niño vive con

Telephone Numbers: **Home** _____ **Emergency Number** _____
Números del Teléfono: Casa _____ *Número de Emergencia* _____

Name of Person at Emergency Number _____
Nombre de la Persona de Emergencia

Mother's Work Number _____ **Father's Work Number** _____
Número del trabajo de la madre _____ *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***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 Otres

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 _____
Exámen 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

Does your child presently have any hearing problems? YES NO Comments: _____
¿Tiene su niño problemas de audicion? Si No Comentarios

Dental Examination YES NO **Dentist's Name** _____ **Date of Exam** _____
Problema con los dientes Si No Nombre del dentista Fecha del exámen

OFFICE USE ONLY
STUDENT LAST NAME: _____
DATE RECEIVED: _____

CONFIDENTIAL DOCUMENT

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

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

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
¿Esta 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

Has your child developed a hand preference? _____ Left _____ Right _____ Both
¿Ha desarrollado su niño con preferencia a una de las manos *Ambas*

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

OFFICE USE ONLY

STUDENT LAST NAME: _____

DATE RECEIVED: _____

CONFIDENTIAL DOCUMENT

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