NADABURG UNIFIED SCHOOL DISTRICT NO. 81

“OUR MANDATE IS EXCELLENCE”

32919 Center Street, Wittmann, Arizona 85361 Phone: (623) 388-2321 Fax: (623) 388-2915

Name: Grade: DOB: .

 Last Middle First Month/Day/Year

Has the child ever had any of the following? If “yes”, please give age or year at the time.

AGE/YEAR AGE/YEAR

○Yes ○No Arthritis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Heart Concerns \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Allergies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Hepatitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Asthma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No High Blood Pressure\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Bronchitis/Pneumonia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Kidney Disease \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Chicken Pox/Varicella \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Osgood Schlatter’s\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Cystic Fibrosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Scarlet Fever \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Scoliosis/Curvature of Spine.\_\_\_\_.

○Yes ○No Frequent Ear Infections \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Eczema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Sinusitis \_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Epilepsy/Seizures \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Skin Rashes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Frequent Sore Throats\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Stomach Problems \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Strep/Tonsillitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Tuberculosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○Yes ○No Urinary Tract Infection\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

○Yes ○No Is this child presently receiving treatment for any physical problem?

○Yes ○No Taking any medicine?

○Yes ○No Restricted from P.E.?

○Yes ○No Ever had a psychological examination?

○Yes ○No Ever been placed in special classes? (LD, Reading, Speech, Hearing Impaired, Visually Impaired, Emotionally Handicapped, Physically Handicapped, Other)

○Yes ○No Ever had a serious accident or injury?

○Yes ○No Ever had an accident or injury requiring hospitalization or surgery?
○Yes ○No Does this child wear glasses?

○Yes ○No Have other vision difficulties?

○Yes ○No Have any speech difficulties?

○Yes ○No Have any hearing loss?

○Yes ○No Wear a hearing aide?

○Yes ○No Has the child ever had tubes put in his/her ears?

○Yes ○No Are there any significant behaviors that may affect this child’s performance in school or that may be of concern?

Please explain any “yes” answers: .

 .

 .

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ . .

Signature of Parent/Guardian Date

NADABURG UNIFIED SCHOOL DISTRICT NO. 81

“OUR MANDATE IS EXCELLENCE”

32919 Center Street, Wittmann, Arizona 85361 Phone: (623) 388-2321 Fax: (623) 388-2915

Nombre: Grado: Fecha de Nacimiento: .

Apellido Nombre de Pila Inicial Mes/Día/Año

¿Ha tenido el niño/la niña las siguientes? ¿A cuál edad?

 EDAD/Año EDAD/Año

○Sí ○No Artritis . ○Sí ○No Condiciones del Corazón .

○Sí ○No Alergias . ○Sí ○No Hepatitis .

○Sí ○No Asma . ○Sí ○No Hipertensión .

○Sí ○No Bronquitis/Pulmonía . ○Sí ○No Enfermedad se los Rinñones .

○Sí ○No Varicela . ○Sí ○No Osgood Scalatter´s .

○Sí ○No Fibrosis Cístia . ○Sí ○No Escarlatina .

○Sí ○No Diabetes . ○Sí ○No Escoliosis .

○Sí ○No Infecciones del Oído . ○Sí ○No Eszema ,

○Sí ○No Sinusitis . ○Sí ○No Epilepsia/Convulsiones .

○Sí ○No Erupciones de la Piel . ○Sí ○No Dolores de la Garganta .

○Sí ○No Dolores del Estómoga . ○Sí ○No Infección Estreptococal/Tonsilitis .

○Sí ○No Tuberculosis . ○Sí ○No Infecciones del Tracto Urinario .

○Sí ○No ¿Está bajo tratamiento por cualquier condición fisica?

○Sí ○No ¿Toma algún tipo de medication?

○Sí ○No ¿Tiene restricciones de la clase de Educatión Física?

○Sí ○No ¿Ha tenido un examen psicológico?

○Sí ○No ¿Se ha asignado alguna vez una clase especial? (Dificultades de Aprendizaje, Lectura, Impedimiento del Habla, de la Vista o de la Audición, Problemas Emocianales, Impedimiento Físico, Otro)

○Sí ○No ¿Ha sufrido alguna vez un accidente o un herido severo?

○Sí ○No ¿Ha sufrido alguna vez un accidente o un herido que necesitaba la cirugía o el ingreso al hospital?

○Sí ○No ¿Usa los lentes?

○Sí ○No ¿Tiene dificultades de la vista?

○Sí ○No ¿Tiene dificultades del habla?

○Sí ○No ¿Tiene problemas de audición?

○Sí ○No ¿Usa un audífono?

○Sí ○No ¿Ha tenido tubos puestos en los oídos?

○Sí ○No ¿Tiene problemas del comportamiento que puedan afectar a su progreso escolar?

Expliquen por favor si han contestado “sí” a cualquier pregunta: .

 .

 .

 . .

Firma del Padre/Tutor Fecha