

Conway School District/ Distrito Escolar de Conway

Student Name/Nombre del alumno: _____ Grade/Grado: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Please check any health concerns that apply to your student. If your student has no health concerns, check that says "No Health Concerns at this Time". /Verifique, por favor, cualquier preocupación de salud que su hijo tenga. Si su alumno no tiene ninguna preocupación sobre su salud, simplemente sobre su salud, marque la que dice "Ninguna preocupación sobre su salud en este momento" y devuelva esta forma a la escuela.

No Health Concerns at this Time/Ninguna preocupación sobre su salud en este Momento

Allergies/Alergias: <input type="checkbox"/> Bee/Insect Allergy/Alergia de abeja/insecto <input type="checkbox"/> Food Allergy/Alergias de comidas _____ Symptoms/Sintomas _____ Medication/Medicina _____	Neurological/Neurológico: <input type="checkbox"/> Grand Mal Seizures/Ataques de grande mal <input type="checkbox"/> Petit Mal Seizures/Ataques de mal de petit <input type="checkbox"/> Psychomotor Seizures/Ataques de psicomotor <input type="checkbox"/> Febrile Seizures/Ataques febriles Date of last seizure/Fecha del último ataque _____ Name of medication/Nombre de medicina _____ <input type="checkbox"/> Tourette Syndrome/Síndrome de Tourette <input type="checkbox"/> Attention Deficit/Desorden de atención déficit
Respiratory/Respiratorio: <input type="checkbox"/> Asthma/Asma Inhaler/Inhalante: <input type="checkbox"/> yes/si <input type="checkbox"/> no Triggers/Qué provoca el asma _____	Skeletal/Muscular/Esquelético/Muscular <input type="checkbox"/> Spina Bifida/Spina bifida <input type="checkbox"/> Scoliosis/Escoliosis <input type="checkbox"/> Cerebral palsy/Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy/Distrofia muscular
Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Heart disease/Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> Frequent Nosebleeds/Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Tensión arterial alta <input type="checkbox"/> Blood Diseases/Otras enfermedades de la sangre	Digestion/Elimination/Digestión/Eliminación <input type="checkbox"/> Kidney problems/Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Bowel control/Problemas de control de intestinos <input type="checkbox"/> Bladder problems/Problemas de la vejiga <input type="checkbox"/> Ulcers/Ulceras <input type="checkbox"/> Bedwetting/Se hace de baño en la cama
Diabetes: <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2	Behavioral Concerns/Preocupaciones con el Comportamiento <input type="checkbox"/> Emotional concerns/Preocupaciones emocionales _____ <input type="checkbox"/> Other behavioral concerns/Otras preocupaciones con el Comportamiento _____
Hearing Problems/Problemas de oído: <input type="checkbox"/> Hearing loss/Perdida de escuchar <input type="checkbox"/> Ear tubes/Tubos en el oído <input type="checkbox"/> Frequent ear infections/Frecuente infecciones <input type="checkbox"/> Hearing aids/Prótesis de oído	
Vision Problems/Problema de Visión: <input type="checkbox"/> Contacts/Glasses/Lente de contacto/lentes <input type="checkbox"/> Color Blindness/Ceguera de colores <input type="checkbox"/> Vision Deficit/Déficit de visión	
Other Health Concerns/Otras problemas de salud: <input type="checkbox"/> Skin problems/Problemas de la piel	

Needs, Requests/Necesidades, Petición: Takes medication daily/Medicamento cada dia

Please have school nurse contact me/Por favor que se contacte le enfermera de la escuela conmigo

Please complete and return this form to school as soon as possible/Complete por favor y devuelva esta forma tan pronto como sea posible.

Parent Signature/Firma de padre: _____

Date/Fecha: _____