



### DEVELOPMENTAL HISTORY

Student's Last Name	Student's First Name	Student's Middle Name	Date of Birth Month _____ Day _____ Year _____
---------------------	----------------------	-----------------------	---------------------------------------------------

Length of Pregnancy? \_\_\_\_\_ (Number of Weeks) Problems during pregnancy or delivery? \_\_\_\_\_

*The information you provide will be useful to the school nurse in determining any needs your child may have.*

*Please check all that apply:*

Special Classes in previous school		Physical Therapy	
Psychological Testing		Occupational Therapy	
Resource Program		Vision Services	
Speech Therapy		Hearing Services	
Adaptive P.E.		Gifted Classes	
Other Services			

Child has the following special health conditions or physical disability that should be brought to the attention of the school:

\_\_\_\_\_

Child is taking the following medications or treatments at this time: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Please check all that apply:*

ADD/ADHD		Eating Disorders		Pneumonia	
Allergies		Emotional / Mental		Rheumatic Fever	
Anemia		Epilepsy / Convulsions		Scarlet Fever	
Arthritis		Fainting		Sinus Trouble	
Asthma		Frequent Colds		Skin Disorder	
Broken Bones		Head Injury		Speech Problems	
Bronchitis		Hearing Trouble		Stomach Aches	
Cancer		Heart Condition		Substance / Drug Abuse	
Chicken Pox		Hepatitis		Surgeries	
Cleft Palate		Hernia		Throat/Step Infections	
Concussion		Kidney Disease		Tuberculosis	
Dental		Menstrual Cramps		Valley Fever	
Diabetes		Migraines		Vision	
Ear Infection		Muscle / Bone Problems		Other	

Do you have AHCCCS?  YES  NO Do you have medical insurance?  YES  NO

PLAN \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

*In the event of an emergency when a parent or guardian cannot be reached, I authorize the school district to secure medical services for my child, including hospital treatment.*

Signature of Parent/Guardian: X \_\_\_\_\_ Date: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_



## DESARROLLO DEL ESTUDIANTE

Estudiante Apellido	Estudiante Primer Nombre	Estudiante Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____
---------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------

Término de Embarazo \_\_\_\_\_ (número de semanas) Problemas durante el embarazo O en el parto? \_\_\_\_\_

*La siguiente información será de gran ayuda para la enfermera de la escuela en determinar las necesidades que su niño/a pueda tener. Por favor marque todo lo que corresponda:*

Clases especiales en otras escuelas		Terapia Física	
Examen Psicológico		Terapia Ocupacional	
Programa de Ayuda		Servicios Visuales	
Terapia en el habla		Servicios Auditivos	
Educación Física Adaptada		Clases Avanzadas	
Otros Servicios			

El estudiante tiene la siguiente condición especial de salud o una discapacidad física que debe ser mencionada a la Escuela: \_\_\_\_\_

El estudiante está actualmente tomando los siguientes medicamentos o tratamientos: \_\_\_\_\_

*Si su niño/a ha tenido algunas de las siguientes condiciones, favor de marcar si y a qué edad:*

ADD/ADHD		Desordenes del Comer		Pulmonia	
Alergias		Emocional / Mental		Fiebre Reumática	
Anemia		Convulsiones Epilepticas		Fiebre Escarlatina	
Artritis		Desmayos		Problemas de Sinusitis	
Asma		Catarros Frecuentes		Desordenes de la Piel	
Huesos Rotos		Heridas en la Cabeza		Problemas en el habla	
Bronquitis		Problemas en el Oído		Dolores de Estomago	
Cancer		Problemas Cardiacos		Sustancias/Abuso a las Drogas	
Varicela		Hepatitis		Operaciones	
Labio Leporino		Hernia		Infecciones Estrepto Cocas/Garganta	
Contusiones		Enfermedad en el Hígado		Tuberculosis	
Problemas Dentales		Cólicos Menstruales		Fiebre del Valle	
Diabetes		Migrañas		Problemas Visuales	
Infección en el Oído		Problemas Musculares/Huesos		Otro(s)	

Tiene AHCCCS?  SI  NO Tiene seguro médico?  SI  NO

PLAN \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

*En caso de una emergencia, cuando no se puede llegar a un padre o tutor, autorizo al distrito escolar para asegurar servicios médicos para mi hijo/a, incluyendo tratamiento en el hospital.*

Firma del Padre/Tutor: X \_\_\_\_\_ Fecha: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_