

HEALTH FORM - FORMA DE SALUD

To best accommodate the needs of your child, indicate if your child has any of the following conditions. For any checked responses, please further explain your child's difficulties and needs. You may receive a follow-up call to gather more information.

Para poder acomodar mejor las necesidades de su hijo, indique si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones. Para cualquier respuesta marcada, explique las dificultades y necesidades de su hijo. Puede que después usted reciba una llamada para que nos dé más información.

Child's Name/ Nombre del niño _____

Please check all that apply to your child/ Por favor marque todo lo que aplique a su hijo:

Allergies _____
Alergias

Seizures _____
Convulsiones

Autism Spectrum Disorder _____
Trastorno de espectro autista

Intellectual Disability _____
Discapacidad intelectual

ADHD _____

(Déficit de atención con hiperactividad)

Which type? *Inattentive* *Hyperactive/Impulsive* *Combined*
¿Qué tipo? Distráido Hiperactivo / Impulsivo Combinado

Behavioral or emotional difficulties _____
Dificultades de comportamiento o emocionales

Specific Learning Disability _____
Discapacidad específica de aprendizaje

Which type? *Reading* *Writing* *Other*
¿Qué tipo? Lectura Escritura Otro

Speech/Language Impairment _____
Discapacidad para hablar / lenguaje

Hearing or Visual Impairment _____
Discapacidad Auditiva / Visual

Physical Disability _____
Discapacidad física

Other Health Concerns _____
Otras preocupaciones de salud

Parents Name/ Nombre del Padre: _____

Parents Signature/ Firma del Padre: _____