

FOR SCHOOL USE ONLY: ENTRY DATE:sDISCHARGE DATE:

STUDENT INFORMATION

Student Name (Nombre del estudiante):dasdasda

Last Name	First Name	Middle Name
-----------	------------	-------------

Preferred Name (Nombre de preferencia):	Gender:
---	---------

DOB (Fecha de Nacimiento):	Age:	Place of Birth (Lugar de Nacimiento):
----------------------------	------	---------------------------------------

Student Address (Dirección del estudiante):	Apartment (Apartamento):
---	--------------------------

City (Ciudad):	State (Estado):	Zip:
----------------	-----------------	------

Primary Language Spoken at Home (Idioma hablado en la casa):

Current School (Escuela actual): (Grader) Grado:

CONTACT INFORMATION

PRIMARY CONTACT

SECONDARY CONTACT

Name (Nombre):

Name (Nombre):

Relationship (Relación con el estudiante):

Relationship (Relación con el estudiante):

Address (Direccion):

Address (Direccion):

Apartment (Apartamento):

Apartment (Apartamento):

City (Ciudad):

City (Ciudad):

State (Estado):

State (Estado):

Zip:

Zip:

Preferred Spoken Language (Idioma preferido):

Preferred Spoken Language (Idioma preferido):

Home Phone (Teléfono de la casa)

Home Phone (Teléfono de la casa)

Cell Number (Celular):

Cell Number (Celular):

Work Number (Número del trabajo):	Work Number (Número del trabajo):
Email:	Email:
Occupation (Occupación):	Occupation (Occupación):
If the child does not live with both parents in one household, please answer the following: (Si el estudiante no vive con ambos padres en un hogar, por favor conteste lo siguiente): Are Parents (Están los p[]es): Separat[]/Separados Div[]orce/Divorciados Is separation/divorce pending? (Separados en espera de divorcio)	
Student lives with (El estudiante reside con):	
Who is the legal guardian (Quien tiene la custodia legal):	
To whom should school notices of parent meetings and school reports be sent: ¿A quién deben enviarse los avisos escolares de las reuniones de padres y los informes escolares?:	
EMERGENCY CONTACT INFORMATION	
Please list the names of a relative/neighbor/friend that we can contact in case of an emergency: Por for proveanos con el nombre de un familiar/vecino/amigo que podamos contactar en caso de emergencia:	
Name (Nombre):	Home Phone (Teléfono de la casa)
Relationship (Relación con el estudiante):	Cell Number (Celular):
Address (Direccion):	Work Number (Número del trabajo):
Apartment (Apartamento):	Email:
City (Ciudad):	Occupation (Occupación):
State (Estado):	Relationship to student (Parentezco con el estudiante):
Zip:	
MEDICAL INFORMATION	
Please note most significant Medical History (Por favor describa el historial medico más significativo): _____ _____ _____	
Is your child currently taking any medication(s)?(Es estuadiante toma algun medication):	

No _____ Yes _____

Medication Name (Nombre del medicamento)
Dose (Dosis)

Purpose(Condición)

Please list your child's allergies below (Food/medication/latex/environment or others):

Lista de alergias (alimentos / medicamentos / látex / medio ambiente:

Allergy Name (Nombre de la alergia)

Is your child being treated for this allergy: YES
or NO

(¿Como está siendo su hijo/a tratado para está
alergia?)

_____ **Yes** _____ **No**

_____ **Yes** _____ **No**

_____ **Yes** _____ **No**

_____ **Yes** _____ **No**

Does your child have (Su hijo/a tiene):

___Asthma (Asma)
(Depresión)

___Depression

___Vision Problems (Problemas con la vision)

___Wear Glasses (Usa lentes)

___Ear tubes (Tubos en los oidos
(Convulsiones)

___Seizures

___Hearing Problems (Problemas Auditivos)
Infections(Frecuentes infecciones del oido)

___Frequent Ear

___Other, please list (Otra condición, por favor
liste) _____

STUDENT PHYSICIAN'S INFORMATION AND HEALTH INSURANCE

Insurance Name (Nombre del Seguro):

Insurance Number (Número del Seguro):	
Medicaid Number (Número de Medicaid):	
Child Primary Care Physician/Pediatrician (Pediatra/Doctor Primario):	
Address (Dirección):	
Town (Ciudad):	NY
Zip:	
Telephone (Teléfono):	
Other Physicians (Otros Doctores)	Telephone/Teléfono
Prescribing Psychiatrist (Psiquiatra que Prescribe):	
Clinical Therapist (Terapeuta Clínica):	
Intensive Case Manager (Administrador de Casos Intensivos):	
Signature of person(s) who completed this form (Firma de la persona que complete este document) :	
Please print your name(Por favor escriba su nombre):	
Relationship to child : (Su relación con el estudiante)	Date (Fecha):
Note: I have completed and signed this questionnaire in the belief that all answers are as accurate as possible. (Nota: He completado y firmado este cuestionario y considero de que todas las respuestas son lo más precisas possible.)	