

**2018-2019 Student Data Form  
Pottsville Elementary School**

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Social Security# (optional)      First Name      Middle Name      Last Name

Sex: (circle) M F      Date of Birth: \_\_\_\_\_      Grade: \_\_\_\_\_

Previous School: \_\_\_\_\_

School Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Ethnic Code:		
Black	Asian	Indian
White	Hispanic	

\_\_\_\_\_  
Home Mailing Address

\_\_\_\_\_  
Home Physical Address

\_\_\_\_\_  
City      State      Zip

\_\_\_\_\_  
City      State      Zip

Home Phone: \_\_\_\_\_ Name / Ages / Grades of Siblings: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Email Address:

**GUARDIAN / CUSTODIAL INFORMATION**

Living With: (Circle One)	A - Alone D - Father/ Stepmother E - Mother / Stepfather	F - Father Only G - Grandparents H - Homeless	I - Institution L - Legal Guardian M - Mother Only	P - Both Parents S - Spouse T - Foster Parents
------------------------------	--	---	--	--

**Guardian 1**

**Guardian 2**

Code: ( Circle One) 1-Both Parents 2-Father 3-Mother 4-Guardian

Code: ( Circle One) 1-Both Parents 2-Father 3-Mother 4-Guardian

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City,State,Zip: \_\_\_\_\_

City,State,Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Person: _____ Name/Relationship to Student	_____ Phone Number
Emergency Contact Person: _____ Name/Relationship to Student	_____ Phone Number
Emergency Contact Person: _____ Name/Relationship to Student	_____ Phone Number

**My child has been expelled from school in another school district or is a party to an expulsion proceeding.**       Yes     No

In addition as guardian, my signature indicates that my child is a legal student at Pottsville Elementary because of being (1) \_\_\_\_\_ a legal transfer, (b)\_\_\_\_\_ school choice, or (c) \_\_\_\_\_ a resident of the school district. Any person who knowingly gives a false residential address for purposes of public school enrollment is guilty of a misdemeanor and subject to the appropriate fine.

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Formulario de datos del alumno 2017-2018  
Escuela primaria Pottsville

Fecha: \_\_\_\_\_

Num. seguro social \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido (paterno solamente) \_\_\_\_\_  
 Sexo: (circular uno) M F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Escuela anterior: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_

Código Étnico: (circula uno) Negro Asiático Indígena Blanco Hispano
---

Num. de Apartado Postal \_\_\_\_\_ Domicilio de casa \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_  
 Num. de Tel. \_\_\_\_\_ Nombres/edades/y grados de hermanos/as: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tutor/información custodial

Viviendo con: A-Solo F-con el padre solamente I-Una institución P-ambos padres  
 (Circule los adecuados) D-Padre/madrastra G-Abuelos L-Tutor legal S-Esposo  
 E-Madre/padrastro H-Sin hogar M-Madre solamente T-Padres adoptivos

Tutor 1

Circule uno: 1-ambos padres 2-padre 3-madre 4-Tutor

Tutor 2

Circule uno: 1-ambos padres 2-padre 3-madre 4-Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Z. Postal \_\_\_\_\_

Núm. Tel. Casa: \_\_\_\_\_

Núm. Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Núm. Cel. \_\_\_\_\_

Núm. Cel. \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_

1. Persona a contactar en caso de emergencia: _____	Nombre/relación con el alumno _____	Núm. Tel. _____
2. Persona a contactar en caso de emergencia: _____	Nombre/relación con el alumno _____	Núm. Tel. _____
3. Persona a contactar en caso de emergencia: _____	Nombre/relación con el alumno _____	Núm. Tel. _____

Mi hijo/a ha sido expulsado de la escuela en otro distrito o es parte en un procedimiento de expulsión.  Si  No  
 Además, cómo tutor, mi firma indica que mi hijo/a es un alumno legal de la escuela primaria Pottsville por  
 (1) \_\_\_transferencia legal, (b) \_\_\_ Elección escolar, o (c) porque es un residente legal del distrito escolar. Cualquier persona que  
 con conocimiento proporcione datos domiciliarios falsos con el propósito de inscripción a una escuela pública se le sancionara  
 por delito menor y sujeto a una multa apropiada.

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POTTSVILLE SCHOOL DISTRICT**  
**STUDENT MEDICAL INFORMATION**  
(PLEASE PRINT CLEARLY)

Student's Name \_\_\_\_\_  
S.S. # \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
Ethnic Code (Circle One) Asian Black Hispanic Indian White Other \_\_\_\_\_  
Mailing Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Parent / Guardian \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_  
Father's Work \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_  
Mother's Work \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_  
Name and ages of all siblings \_\_\_\_\_  
E-Mail Address (Optional) \_\_\_\_\_

Please list **two** local people to contact if above cannot be reached:

Name \_\_\_\_\_  
Home Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Home Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_

Family Doctor \_\_\_\_\_ Clinic \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Does Student Take Any Medication? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, indicate type of medication: \_\_\_\_\_  
Side Effects (if any) \_\_\_\_\_ Any Drug Allergy \_\_\_\_\_

**\*SEE SCHOOL DISTRICT MEDICATION POLICY FOR ANY MEDICATION NEEDED WHILE AT SCHOOL**  
(SEE HANDBOOK FOR CURRENT MEDICATION POLICY)

Has a Licensed Professional diagnosed student with ADD/ADHD? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**\*\*If Yes, Please provide a copy of evaluation confirming ADD/ADHD\*\***

Does student have any health problems that the school nurse should know about?  
(Diabetes, asthma, epilepsy, hearing problems, allergy to food or stings, etc.) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If YES, please explain here \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

May this health information be shared with staff involved with your child? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Does Student Have An ARKIDS 1st/Medicaid Card? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (#) \_\_\_\_\_

Can Medicaid information be shared for 3<sup>rd</sup> party Medicaid billing? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Billing for Vision and Hearing screenings only)

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature of Parent or Guardian

DISTRITO ESCOLAR POTTSVILLE  
INFORMACION MÉDICA DEL ALUMNO  
(ESCRIBA CLARAMENTE)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Núm. Seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Código étnico (circular): Asiático Negro Hispano Indígena Blanco Otro \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo del padre: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo de la madre: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
Nombres y edades de hermanos/as \_\_\_\_\_  
Correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

Favor de proporcionar dos contactos en caso de no encontrar a los enlistados anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. de casa: \_\_\_\_\_  
Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. de casa: \_\_\_\_\_  
Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
Médico familiar \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
¿El alumno toma algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de medicina? \_\_\_\_\_  
Efectos secundarios: \_\_\_\_\_ ¿Alergia a alguna medicina? \_\_\_\_\_

**\*VER LA POLIZA ESCOLAR DE MEDICAMENTO PARA CUALQUIER MEDICINA NECESARIA MIENTRAS ESTE EN LA ESCUELA**

(Ver manual actual para la póliza de medicamento)

¿Algún profesionista certificado ha diagnosticado al alumno con ADD/ADHD? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**\*\*Si es así, proporcionar una copia de la evaluación que lo confirma\*\***

¿El alumno padece algún problema de salud del cual el maestro/enfermera deben ser notificados? (diabetes, asma, problemas auditivos, alergia, mordidas de avispa, abejas etc. Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si es así, favor de explica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Puede ser compartida esta información con el personal involucrado con su hijo/a? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene el alumno cobertura de ARKIDS 1st/Medicaid? Si \_\_\_ No \_\_\_ # \_\_\_\_\_

¿Por motivo de facturación a terceros, podemos compartir la información de Medicaid? Si \_\_\_ No \_\_\_  
(Facturación para pruebas de detección óptica y auditiva solamente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Tutor

Pottsville Elementary  
After-School Student Dismissal Information

- 3:05 Early Car-Rider
- 3:10 Parent Walk-Up (Parents who need to park in the lot and walk to building)
- 3:25 Late Car-Rider (Siblings from Middle School)
- 3:25 Bus Riders

- As always, the safest method of picking up your child is through the car-rider line. Whoever is picking up your child should have a car-rider tag:
- If you need to park in the lot and walk to the building to pick up your child, you will be issued a key-chain to identify you with your child. Please use the following procedures if you have this need:
  - \* Please park on the south side of the parking lot (nearest the middle school).
  - \* Report to the awning nearest the 1<sup>st</sup>/2<sup>nd</sup> Grade hallway.
  - \* Students will be kept inside the hallway and designated personnel will send you child out.
  - \* A key-chain will be issued to the person responsible for picking up your child.
- Students with siblings walking from the middle school to the elementary will dismiss at 3:25.
- Anytime your child's pick-up time or method changes please send a note to his/her teacher or call the office (968-2133). Please do not make changes after 2:00pm.

Child's Name/Teacher: \_\_\_\_\_

Please check on of the following:

My child will dismiss at:

- 3:05 Early Car-Rider     3:25 Late Car-Rider (Siblings from Middle School)
- 3:10 Parent Walk-Up     3:25 Bus Riders --- Bus #: \_\_\_\_\_

Parent's Signature: \_\_\_\_\_

Pottsville Elementary School  
Special Information Sheet  
(Optional)

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Dear Parents: In order that we may better serve your child, please answer the following questions.

	Yes	No
1. My child was enrolled in a special program. Name of program: _____	_____	_____
2. My child was seeing a speech therapist.	_____	_____
3. My child needs to wear glasses at school.	_____	_____
4. My child has a hearing problem.	_____	_____
5. My child takes medication. Name of medication: _____	_____	_____
6. My child has special needs.	_____	_____
7. My child was in a gifted and talented program.	_____	_____
8. My child was seeing the school counselor.	_____	_____
9. Can child be released to either parent? (If not, are custody papers on file in your child's records?)	_____	_____

Other Information:

---

---

---

**Escuela Primaria de Pottsville**  
**Información Especial**  
**(Opcional)**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Queridos Padres: Para que podamos ayudarle mejor a su hijo(a), por favor conteste las siguientes preguntas:

	Si	No
1. Mi hijo(a) a estado inscrito en un programa especial. Nombre del Programa: _____	_____	_____
2. Mi hijo(a) estaba visitando a un terapeuta del habla	_____	_____
3. Mi hijo(a) necesita usar lentes en la escuela.	_____	_____
4. Mi hijo(a) tiene problemas auditivos.	_____	_____
5. Mi hijo(a) toma medicina. Nombre de la medicina: _____	_____	_____
6. Mi hijo(a) tiene necesidades especiales.	_____	_____
7. Mi hijo(a) estaba en un programa de niños dotados y talentosos	_____	_____
8. Mi hijo(a) estaba visitando a la consejera de la escuela	_____	_____
9. Puede el niño(a) ser recogido por cualquiera de los padres? ( Si no se puede, están los papeles de custodia en archivo con los documento del niño(a)?)	_____	_____

Otra Información:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pottsville School District  
Home Language Survey  
(Encuesta de Lenguaje en Casa)

**Student's Name** \_\_\_\_\_ **School** \_\_\_\_\_  
(Nombre de estudiante) (Escuela)

**Date of Birth** \_\_\_\_\_ **Gender** \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento) (Genero) (Edad)

**Teacher** \_\_\_\_\_ **Grade** \_\_\_\_\_  
(Maestra/maestro) (Grado)

	<b>English</b> (Inglés)	<b>Spanish</b> (Español)	<b>Other</b> (Otro)
<b>What language is spoken in your home most of the time?</b> (¿Cuál es el idioma que habla más en su casa?)			
<b>What language does the student speak most of the time?</b> (¿Cuál es el idioma que habla más el estudiante?)			
<b>What language do parents/guardians speak to the student most of the time?</b> (¿Cuál es el idioma que le hablan más los padres al estudiante?)			

**What services has your child received in previous schools?**

(¿Qué servicios ha recibido su hijo/a en su escuela anterior?)

\_\_\_\_\_ **ESL** \_\_\_\_\_ **Gifted & Talented** \_\_\_\_\_ **Special Education** \_\_\_\_\_ **Speech** \_\_\_\_\_ **Other**  
(ELL) (G.T.) (Educación Especial) (Discurso) (Otro)

**What grade did your child first enroll in Arkansas schools?** \_\_\_\_\_

(¿En qué grado se inscribió su hijo cuando llegó a una de la escuela de Arkansas por primera vez?)

**What grade did your child first enroll in any U.S. school?** \_\_\_\_\_

(¿En qué grado se inscribió su hijo por primera vez en los estados unidos?)

**What written language would you prefer to receive school communications (such as attendance letters, etc.)?**

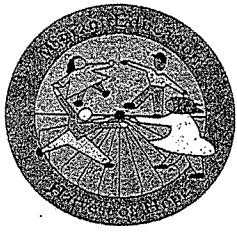
(¿En qué idioma prefiere recibir información escrita por parte de la escuela (tal como cartas de asistencia, etc.)?)

\_\_\_\_\_ **English** \_\_\_\_\_ **Spanish** \_\_\_\_\_ **Other** \_\_\_\_\_  
(Inglés) (Español) (Otro)

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian's Signature**  
(Firma del padre/guardián)

\_\_\_\_\_  
**Date**  
(Fecha)





# Agricultural Employment Questionnaire

## Pottsville School District

This questionnaire is for an educational program for children/youth under the age of 22. You or your children may qualify for tutoring, limited health services, books, school supplies, preschool packets, high school correspondence courses, and scholarships for college or vo-tech. Please complete this short survey.

Este cuestionario es para un programa educacional para jóvenes menores de 22 años. Sus niños podrían calificar para tutorial en la escuela, libros, útiles escolares, paquetes preescolares, cursos de preparatoria por correspondencia y becas para el colegio o vo-technologie y servicios de salud limitados. Por favor llene este cuestionario.

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Physical Address (*Direccion Fisica*) \_\_\_\_\_

Telephone# (Telefono) ( ) \_\_\_\_\_ Cell Phone# (Numero de Celular) ( ) \_\_\_\_\_

What hours do you work? \_\_\_\_\_ (*¿Qué horas trabaja?*) \_\_\_\_\_

Have you moved into the area in the last 3 years? YES (SI) \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(*¿Se ha mudado a esta area durante los ultimos tres años?*)

If you checked "Yes" When did you move? (*Fecha de Mudanza*) \_\_\_\_\_

Where From? (*De Donde*) \_\_\_\_\_ Where to? (*A Donde*) \_\_\_\_\_

Do your children live with you? YES (SI) \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(*¿Sus hijos viven con usted?*)

Have you moved during the summer to obtain a seasonal or temporary job?  
(*¿Se ha mudado durante el verano para obtener trabajo temporal en Agricultura?*)

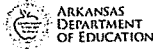
YES (SI) \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**List all children in the household under the age of 22**

Escriba los nombres de todos los niños de 0 a 22 años que viven con usted.

Name/Nombre	Age/Edad	Grade/Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

For more information please contact: Millie Frias- 479-647-8516  
Para mas informacion por favor contacte: Dora Choate- 479-414-8151  
Jennifer Black- 479-965-5996



## HOUSING INFORMATION FORM

Your answers will help determine if the student meets eligibility requirements for services under the McKinney-Vento Act.

List all children in your family birth through age 21.

Name of Child	School	Age	Grade	Date of Birth

Parent/Guardian \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

Is this address Temporary or Permanent? (circle one)

Please choose which of the following situations the student currently resides in (you can choose more than one):

- House or apartment with parent or guardian
- Motel, car, or campsite
- Shelter or other temporary housing
- With friends or family members (other than or in addition to parent/guardian)

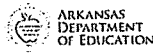
If you are living in shared housing, please check all of the following reasons that apply:

- Loss of housing
- Economic situation
- Temporarily waiting for house or apartment
- Provide care for a family member
- Living with boyfriend/girlfriend
- Loss of employment
- Parent/Guardian is deployed
- Other (Please explain)

Are you a student under the age of 18 and living apart from your parents or guardians?

Yes                  No

Return to School Office



## Services for McKinney-Vento Identified Students

Student: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

Please check the services needed or desired:

- Free Lunch
- Transportation to the school of origin
- Clothing/Uniform
- School supplies
- Counseling
- Medical/dental referral
- Vision referral
- Medicaid/DSHS services – food stamps
- Preschool Enrollment records
- Missing enrollment records
- Birth certificate

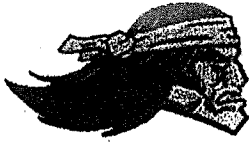
- Immunization/medical records
- Tutoring
- After-school programs
- Teen Center
- Mentoring
- Special Education
- Gifted/talented
- Vocational/technical
- Community resource
- Prior academic records
- LEP/Bilingual program
- Guardianship issues

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian/Unattached Youth*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature of McKinney-Vento Liaison*

\_\_\_\_\_  
*Date*



# Pottsville Elementary School

**87 South B Street  
Pottsville, AR 72858**

**PHONE: (479) 968-2133 FAX: (479) 968-7672  
Shannon.davis@pottsvilleschools.org**

**Larry Dugger  
Superintendent**

**Shannon Davis  
Principal**

Dear Parent or Guardian:

Pottsville Elementary School receives federal funds for Title I, Part A programs. Throughout the school year, we will be providing you with important information about this law and your child's education. This letter lets you know about your right to request information about the qualifications of the classroom staff working with your child.

Parents have the right to request information regarding the professional qualifications of the classroom teachers(s) who instructs your child. If you request this information, the district or school will provide you with the following information in a timely manner:

1. Whether your child's teacher has met the state requirements for licensure and certification for the grade level and subject in which the teacher is providing instruction;
2. Whether the teacher is teaching under emergency or other provisional status for which state licensing requirements have been waived;
3. The college degree majors and any other graduate certification or degree held by the teacher, and the fields of discipline of the certification or degree; and
4. Whether your child is provided services by a paraprofessional, and if so, his or her qualifications.

If you would like to request this information, please contact me by phone at 968-2133 or by e-mail at [shannon.davis@pottsvilleschools.org](mailto:shannon.davis@pottsvilleschools.org).

If at any time your student has been taught for four (4) or more consecutive weeks by a teacher(s) that is not highly qualified, you will be notified by the school of this information.

Should you have any other questions regarding your child's education, please don't hesitate to call me at the number below.

Respectfully,

Shannon Davis  
Pottsville Elementary School Principal  
479-968-2133

# Escuela Primaria Pottsville

87 South B Street  
Pottsville, AR 72858

Teléfono: (479) 968-2133 FAX: (479) 968-7672

[Shannon.davis@pottsvilleschools.org](mailto:Shannon.davis@pottsvilleschools.org)

Shannon Davis  
Director

Larry Dugger  
Superintendente

Estimados padres/tutores:

La escuela primaria Pottsville recibe fondos federales para los programas Parte A, Título I. Durante el año escolar, le estaremos dando información importante de esta ley y de la educación de su hijo. Esta carta es para hacer de su conocimiento que Ud. Tiene el derecho de pedir informes acerca de las calificaciones del personal que trabaja con su hijo en su aula escolar.

Los padres tienen el derecho de pedir informes referentes a las calificaciones profesionales de las maestras que instruyen a su hijo. Si Ud. Pide esta información, el distrito o la escuela le proveerán la siguiente información de manera oportuna.

1. Si el maestro de su hijo ha cumplido con los requisitos estatales u otro status provisional para su licenciatura y certificación para el nivel de grado y materia en las cuales el maestro imparte su enseñanza.
2. Si el maestro esta enseñando bajo un status de emergencia o provisiona por lo cual los requisitos del estado para la licencia han sido cedidos.
3. Los títulos universitarios con especialidades y cualquier otra certificación o titulo que el maestro posea, y el ámbito de disciplinario de la certificación o titulo; y
4. Si su hijo está recibiendo servicios a través de un paraprofesional (asistente de maestro), y si así fuera, se le mostraran sus aptitudes.

Sí, a Ud. le gustaría obtener esta información, por favor comuníquese conmigo al Tel. # 968-2133 o vía correo electrónico: [shannon.davis@pottsvilleschools.org](mailto:shannon.davis@pottsvilleschools.org)

Sí, en cualquier momento su hijo ha recibido instrucción por cuatro (4) semanas o más, a través de un maestro(s) que no esté altamente calificado, Ud. será notificado por la escuela sobre este caso.

Sí, tiene alguna inquietud sobre la educación de su hijo(a), no dude en llamar.

Respetuosamente,

Shannon Davis  
Director del plantel  
479 968-2133



# Pottsville Elementary School

87 South B Street

Pottsville, AR 72858

PHONE: (479) 968-2133 FAX: (479) 968-7672

shannon.davis@pottsvilleschools.org

Larry Dugger  
Superintendent

Shannon Davis  
Principal

Dear Parents:

The Arkansas Department of Education has asked the schools to collect information on entering kindergarten students concerning preschool. This information is necessary to provide and collect well-defined pre-school/early childhood data for entering kindergarten students. It will provide the school districts and state with valuable trend data.

My child, \_\_\_\_\_, has attended a four-year-old Pre-school program for at least 20 hours a week for 9 months.

\_\_\_\_\_ Arkansas Better Choice (ABC)

\_\_\_\_\_ Early Childhood Special Education

\_\_\_\_\_ Even Start

\_\_\_\_\_ Head Start

\_\_\_\_\_ Public School Pre-School

\_\_\_\_\_ Private Pre-school or Other

Thank you for your time in completing this form.

# Escuela Primaria Pottsville

87 South B Street

Pottsville, AR 72858

Teléfono: (479) 968-2133 FAX: (479) 968-7672

[Shannon.davis@pottsvilleschools.org](mailto:Shannon.davis@pottsvilleschools.org)

Larry Dugger  
Superintendente

Shannon Davis  
Director

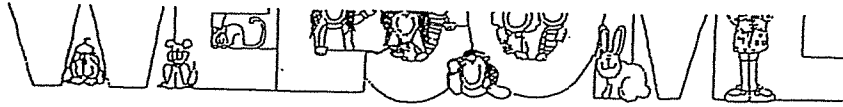
Estimados Padres:

El Departamento de Arkansas de la Educación ha pedido que las escuelas reuniera información en estudiantes entrantes de jardín de la infancia con respecto a preescolar. Esta información es necesaria para proporcionar y reunir bien definido preescolar/los datos tempranos de niñez para entrar a estudiantes de jardín de la infancia. Proporcionará los distritos de la escuela e indicará con datos valiosos de tendencia.

Mi niño, \_\_\_\_\_, ha asistido un programa Preescolar de cuatro años para por lo menos 20 horas una semana para 9 meses.

- \_\_\_\_\_ Arkansas Mejor Elección (ABC)
- \_\_\_\_\_ La Niñez temprana la Educación Especial
- \_\_\_\_\_ Empece aún
- \_\_\_\_\_ Dirija el Comienzo.
- \_\_\_\_\_ El público Educa Preescolar
- \_\_\_\_\_ Privado Preescolar u otro

Gracias para su tiempo a completar esta forma.



POTTSVILLE KINDERGARTEN REGISTRATION INFORMATION

Child's Full Name \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_

Child's Birthday: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

911 Address \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_

Parents: Mother \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Work phone \_\_\_\_\_

Father \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Work phone \_\_\_\_\_

Address of parents if different from the address listed above \_\_\_\_\_

Names of other siblings and ages of each: \_\_\_\_\_

Person (s) to notify in case of an emergency \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_

Day Care or Preschool Experience: (List the names of the facilities and the teachers if possible)

How long did your child attend the day care or preschool? \_\_\_\_\_

How many people are living in your child's household? \_\_\_\_\_ Is someone other than the parents the primary caregiver of the child? \_\_\_\_\_ If so, who? \_\_\_\_\_

Will your child ride the bus, or be a car rider? \_\_\_\_\_



**RECEPCIÓN**  
**INFORMACIÓN DEL REGISTRO DEL JARDÍN DE LA INFANCIA DE POTTSVILLE**

Nombre Completo Del Niño: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Cumpleaños Del Niño: Mes: \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

911 dirección: \_\_\_\_\_

Dirección Que envía: \_\_\_\_\_

telefono #: \_\_\_\_\_

Padres: Madre \_\_\_\_\_ ocupación \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo : \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ ocupación \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

La dirección de padres si es diferente de la dirección enumeró arriba: \_\_\_\_\_

Nombres de otros hermanos y edades de cada uno: \_\_\_\_\_

Person(s) a notificar en caso de que de la emergencia: \_\_\_\_\_

telefono # \_\_\_\_\_

Cuidado del día o experiencia del pre-entrenamiento: (enumere los nombres de las instalaciones y de los profesores si es posible)

Cuánto tiempo hizo a su niño atiende al cuidado o al pre-entrenamiento del día? \_\_\_\_\_

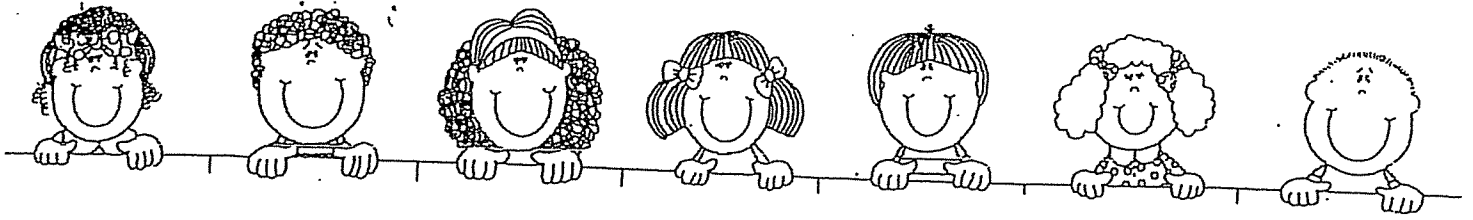
Cuánta gente está viviendo en la casa de su niño? \_\_\_\_\_

¿Es alguien con excepción de los padres el caregiver primario del niño? \_\_\_\_\_

Si es así ¿quién?

Voluntad su paseo del niño el autobús, ¿o sea un jinete del coche?

\_\_\_\_\_



List any persons who will be responsible for picking up your child from school.

\_\_\_\_\_

Please check any of the following that apply to your child.

Is your child able to:

\_\_\_\_\_ recognize basic shapes (circle, square, triangle, etc...)

\_\_\_\_\_ write his/her first name

\_\_\_\_\_ recognize his/her first name

\_\_\_\_\_ count to 5

\_\_\_\_\_ say or sing the alphabet

\_\_\_\_\_ tie his/her shoes

\_\_\_\_\_ dress him/herself (snap buttons, close zippers, etc...)

\_\_\_\_\_ use the restroom alone

\_\_\_\_\_ sit while a story is being read

Child's pediatrician or doctor \_\_\_\_\_

Clinic \_\_\_\_\_ Address or phone \_\_\_\_\_

Does your child have any medical or special conditions or needs? \_\_\_\_\_ If so, please explain. \_\_\_\_\_

Is your child currently on any type of medication? \_\_\_\_\_ If so, please list the medications and the reason for taking this medication. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere a cualquier persona que sea responsable de escoger encima de su niño de la escuela:

---

---

Compruebe por favor cualquiera del siguiente que aplíquese a su niño:

Es su niño capaz a:

\_\_\_\_\_ reconozca las formas básicas (círculo, cuadrado, triángulo, etc.)

\_\_\_\_\_ escriba el suyo su nombre

\_\_\_\_\_ escriba el suyo su nombre

\_\_\_\_\_ cuenta a 5

\_\_\_\_\_ diga o cante el alfabeto

\_\_\_\_\_ atar suella zapatos

\_\_\_\_\_ vístalo/ ella misma

\_\_\_\_\_ utilice el restroom solo

\_\_\_\_\_ siéntese mientras que se está leyendo una historia

Pediatra o doctor del niño \_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_ Dirección o teléfono \_\_\_\_\_

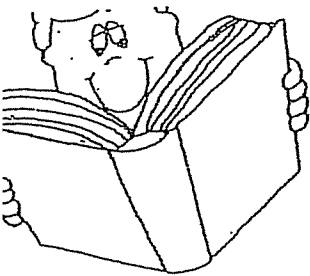
¿Su niño tiene condiciones o necesidades médicas o especiales? \_\_\_\_\_ Si es así explique por favor

---

¿Está su niño actualmente en tipo de medicación? \_\_\_\_\_ Si es así enumere por favor las medicaciones y la razón de tomar esta medicación.

---

---



Has your child been on any medication in the past year? If so what medication and what was the medication used for? \_\_\_\_\_

Does your child easily run fever or have headaches? \_\_\_\_\_

Has your child ever had any type of seizure? \_\_\_\_\_ Does your child presently have seizures? If so, please explain. \_\_\_\_\_

Does your child have any known allergies or asthma? \_\_\_\_\_

Does your child take any medication or treatments for allergies or asthma? \_\_\_\_\_

Does your child have nosebleeds? \_\_\_\_\_

Does your child have any vision or hearing problems? \_\_\_\_\_

Does your child wear glasses or hearing aids? \_\_\_\_\_

Has your child previously seen an eye doctor? \_\_\_\_\_

What was your child's weight at birth? \_\_\_\_\_

Was your child's birth normal? Were there any complications during the pregnancy?  
\_\_\_\_\_

Has your child been in the hospital since birth? If so, please explain \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

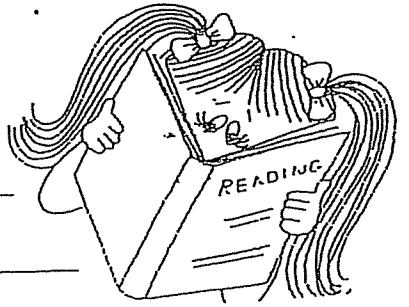
Have you noticed any speech problems or mispronunciations in your child's spoken language? If so, please explain: \_\_\_\_\_

At what approximate age did your child:

walk \_\_\_\_\_ talk \_\_\_\_\_ sit up \_\_\_\_\_

Does your child sleep through the night? \_\_\_\_\_

What is your child's bedtime? \_\_\_\_\_



¿Su niño ha estado en medicación en el último año? ¿Si tan qué medicación y para cuál eran la medicación usada? \_\_\_\_\_

¿Su niño funciona fácilmente fiebre o tiene dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

¿Su niño ha tenido siempre tipo de asimiento? \_\_\_\_\_ ¿Actualmente tiene su niño los ataques? Si eso es el caso, explica por favor.

¿Hace sus de niño ha sabido cualquiera alergias o asma? \_\_\_\_\_

¿Toma su niño cualquier medicina o los tratamientos para alergias o asma? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño las hemorragias nasales? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño cualquier visión o los problemas de oído? \_\_\_\_\_

¿Lleva su niño gafas o audífonos? \_\_\_\_\_

¿Ha visto previamente su niño a un oculista? \_\_\_\_\_

¿Qué era su peso de niño al nacer? \_\_\_\_\_

¿Era su nacimiento del niño normal? ¿Había cualquier complicación durante el embarazo?

¿Ha estado su niño en el hospital desde que el nacimiento? Si eso es el caso, explica por favor

¿Ha advertido usted que cualquier problemas de discurso o malas pronunciaciones en su niño ha hablado el idioma? Si eso es el caso, explica por favor:

En lo que se aproxima la edad hizo a su niño:

Caminata \_\_\_\_\_ discurso \_\_\_\_\_ incorpórese \_\_\_\_\_

¿Duerme su niño por la noche? \_\_\_\_\_

¿Qué es su hora de acostarse de niño? \_\_\_\_\_



Does your child take naps? \_\_\_\_\_

Is your child toilet trained? If not, please explain. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Who is the disciplinarian in the home? (e.g. both parents, mother, father, etc...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

What methods of discipline are used in the home? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please explain the types of discipline you feel are effective with your child \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does your child respect and obey authority? (teachers, parents, adults, etc...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does your child ever throw temper tantrums? If so, please explain. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does your child pout or cry when he/she does not get his/her way? \_\_\_\_\_

Does your child ever show aggression toward other children or adults? (e.g. hitting, biting, pinching, or cursing) If so, please explain. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Has your child previously spent any length of time away from home? \_\_\_\_\_

Does your child become upset easily when separated from parents or familiar surroundings? \_\_\_\_\_

Does your child have any specific worries or fears? \_\_\_\_\_

¿Toma su niño las siestas? \_\_\_\_\_

¿Se entrena su lavabo del niño? Si no, explique por favor \_\_\_\_\_

¿Quién es el ordenancista en el hogar? (Por ejemplo. ambos crían, la madre, el padre, etc..)

¿Qué métodos de la disciplina se utilizan en el hogar? \_\_\_\_\_

Explique por favor los tipos de la disciplina que usted se siente son efectivos con su niño

Hace su respeto de niño y obedece la autoridad (maestros, los padres, los adultos, etc. ¿)?

¿Tira jamás su niño el genio las rabietas? Si eso es el caso, explica por favor:

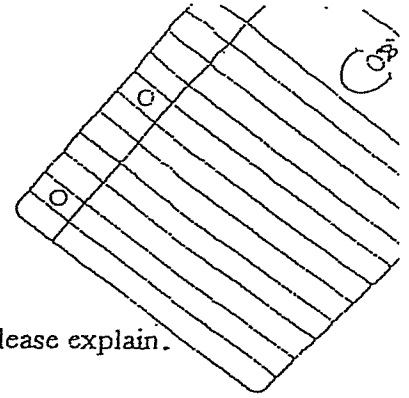
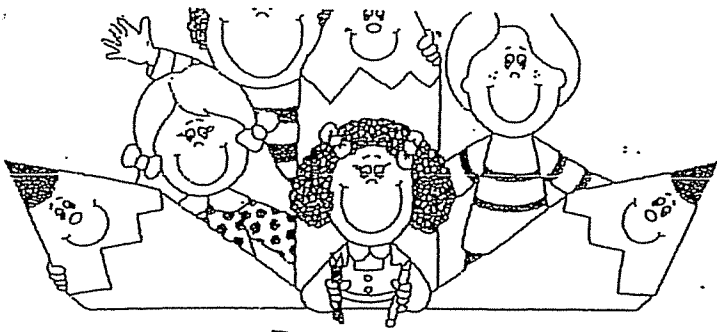
¿Dice haciendo pucheros su niño o llora cuando él/ella no obtiene su manera? \_\_\_\_\_

¿Hace su reprendió jamás agresión de exposición hacia otros niños o adultos? ¿ (Golpeando, morder, pellizcar, o maldiciendo)? Si eso es el caso, explica por favor; \_\_\_\_\_

¿Ha gastado previamente su niño cualquier plazo de tiempo lejos de casa? \_\_\_\_\_

¿Llega a ser su niño trastornó fácilmente cuando separado de padres o alrededores familiares?

¿Tiene su niño alguna preocupación o los temores específicos? \_\_\_\_\_



Does your child have duties or responsibilities in the home? If so, please explain.

How often is your child read to? (e.g., nightly, weekly, other)

Does your child enjoy playing with others or does your child prefer to play alone?

What is your child's favorite food?

What is your child's favorite T.V. program?

What is your child's favorite toy?

Does your child have a pet?

Does your child have any specific foods that he/she dislikes or cannot eat?

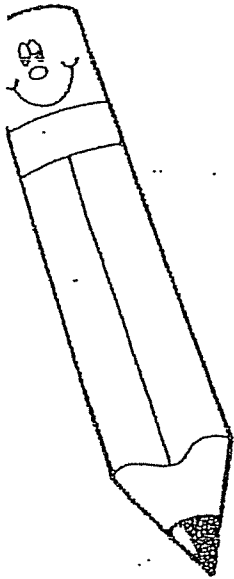
Is there a specific place or restaurant that your child enjoys visiting?

Does your child or your family have any hobbies or interests?

What are some favorite games or activities that your child enjoys doing?

What are some of the best things your child can do?

List something special you really like about your child.





¿Tiene su niño los deberes o responsabilidades en el hogar? Si eso es el caso, explica por favor.

\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia es su niño leyó a? (por ejemplo. noche, semanal, otro) \_\_\_\_\_

¿Goza su niño jugar con otros o prefiere su niño para jugar sólo?

\_\_\_\_\_

¿Qué es su alimento favorito de niño? \_\_\_\_\_

¿Qué es su programa de televisión favorito de niño? \_\_\_\_\_

¿Qué es su juguete favorito de niño? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño un animal favorito? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño ningún alimento específico que él/ella tiene aversión a ni no puede comer?

\_\_\_\_\_

¿Hay un lugar o el restaurante específicos que su niño goza visitar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tienen su niño o su familia cualquier pasatiempo o los intereses? \_\_\_\_\_

¿Qué es algunos juegos o las actividades favoritos que su niño goza hacer? \_\_\_\_\_

¿Qué es parte de las mejores cosas que su niño puede hacer? \_\_\_\_\_

Liste algo especial usted quiere realmente acerca de su niño. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ARKANSAS DEPARTMENT OF EDUCATION  
HEALTH HISTORY

Developed By A Committee of the Arkansas Health Care Access Council

NOTE: To be completed by the parent/guardian of the Kindergarten student prior to the physical examination/nursing assessment (please print).

Student Name (Last, First, Middle)	Birth Date (MO/DAY/YR)  / /	School	Medicaid Number
			Physician

Parent/Guardian Name (Male)    Phone	Parent/Guardian (Female)    Phone
--------------------------------------	-----------------------------------

Physician Name/Address (if no regular physician, write "NONE")	Phone
--	-------

Dentist Name/Address (if no regular dentist, write "NONE")	Phone
--	-------

Other source(s) from which the student receives health care (if none, write "NONE")
---

Name /address of private health insurance carrier with number
---

To be completed by the parent/guardian (please circle one):

1. Does your child pay attention when being read to?    Yes    No
2. Can your child play quietly alone for over ½ hour?    Yes    No
3. Does your child mind adults and follow instructions?    Yes    No
4. Does your child speak clearly enough for others to understand?    Yes    No
5. Does your child have any speech problems (stammering, delayed speech development, etc.)?    Yes    No
6. Does your child object to being left with a sitter?    Yes    No
7. Can your child dress without help?    Yes    No
8. Does your child ever wet or soil him/herself?    Yes    No



9. Do you have any concerns about your child's general health  
(eating and sleeping habits, bowel/bladder, posture, teeth,  
skin, weight, etc.)? Yes No
10. Does your child have any ear/hearing problems (frequent earaches,  
difficulty hearing, draining ears, uses a hearing aid, etc.)? Yes No
11. Does your child have any eye problems (difficulty seeing,  
crossed eyes, watery/red eyes, contact lenses)? Yes No
12. Does your child have any allergies (food, drugs, pollens, etc.)? Yes No
13. Does your child have any specific sickness which might in your  
opinion affect his school performance or program? Yes No
- (a) Has your child received any medical or other evaluation, the  
findings of which could help school personnel in meeting  
his/her health or educational needs? Yes No
- (b) Does this problem require any health care in school? Yes No
- (c) Does your child take any medication? Yes No
14. Do you have any concerns about your child's developmental behavior  
or emotional well-being that the school should be aware of? Yes No

If you answered YES to any of the preceding questions, please describe your concern below.

Question Number	Description

Information on this form may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

9. Usted tiene cualquier preocupación por su salud general de los child?s (que come y los hábitos e dormir, intestinovejiga, postura, dientes, piel, peso, etc.)?      Sí      No
10. Hace a su niño tienen cualquier oídroproblemas de la audiencia (earaches frecuentes, audiencia de la dificultad, drenaje de los oídos, utiliza una prótesis de oído, etc.)?      Sí      No
11. Hace a su niño tienen cualquier problema del ojo (dificultad que ve, ojos cruzados, acuoso ojos rojos, lentes de contacto)?      Sí      No
12. Hace a su niño tienen cualquier alergia (alimento, drogas, pollens, etc.)?      Sí      No
13. Hace a su niño tienen cualquier enfermedad específica que pudiera en su opinión afectar su funcionamiento o programa de la escuela?      Sí      No
- a) Tiene su niño recibió cualquier evaluación médica u otra, los resultados de los cuales podría ayudar a personal de la escuela en resolver el suyo salud o necesidades educativas?      Sí      No
- b) Hace este problema requieren cualquier cuidado médico en escuela?      Sí      No
- c) Hace su toma del niño cualquier medicación?      Sí      No
14. Usted tiene cualquier preocupación por el comportamiento de desarrollo o el bienestar emocional de su niño que la escuela debe estar enterada de?      Yes      No

Si usted contestó Sí a cualesquiera de las preguntas precedentes, describa por favor su preocupación abajo.

Número de la pregunta	descripción

La información sobre esta forma se puede compartir con el personal apropiado para la salud y los propósitos educativos.

Firma Del Padre: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

## Health History

Please check the following problems/disease your child has or has had:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox                   | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever   | <input type="checkbox"/> Ear Infection                       |
| <input type="checkbox"/> Red Measles                   | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Tonsillitis                         |
| <input type="checkbox"/> 3 day German Measles          | <input type="checkbox"/> Allergies       | <input type="checkbox"/> Depression                          |
| <input type="checkbox"/> Mumps                         | <input type="checkbox"/> Asthma          | <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Abuse                  |
| <input type="checkbox"/> Whooping Cough                | <input type="checkbox"/> Seizures        | <input type="checkbox"/> Pneumonia                           |
| <input type="checkbox"/> Low Blood Anemia              | <input type="checkbox"/> Constipation    | <input type="checkbox"/> Kidney Disease                      |
| <input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding             | <input type="checkbox"/> Diarrhea        | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait                   |
| <input type="checkbox"/> Liver Disease                 | <input type="checkbox"/> High Blood      | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease                 |
| <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice/<br>Hepatitis | <input type="checkbox"/> Pressure        | <input type="checkbox"/> Rheumatic Heart<br>Disease          |
| <input type="checkbox"/> VD (venereal disease)         | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcers  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                        |
| <input type="checkbox"/> Herpes                        | <input type="checkbox"/> Sugar Diabetes  | <input type="checkbox"/> Other Lung Disease                  |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor                  | <input type="checkbox"/> Hay Fever       | <input type="checkbox"/> Disabled                            |
|  | <input type="checkbox"/> Eye Problems    | <input type="checkbox"/> Severe Reaction to<br>Immunizations |

Does the child's mother (M), child's father (F), child's grandparent (GP), or child's brother/sister (S) have any of the following? (Put the correct letter in blank. For example, an M by Heart Disease means that the child's mother has heart disease.)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease       | <input type="checkbox"/> Sugar Diabetes    | <input type="checkbox"/> Arthritis          |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Deafness          | <input type="checkbox"/> Goiter             |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis        | <input type="checkbox"/> Mental Illness    | <input type="checkbox"/> Steroid Use        |
| <input type="checkbox"/> Cancer              | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait | <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Abuse |
| <input type="checkbox"/> Birth Defects       | <input type="checkbox"/> Sickle Cell       | <input type="checkbox"/> Other (specify)    |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease      | <input type="checkbox"/> Seizures          |   |
| <input type="checkbox"/> Allergies           | <input type="checkbox"/> Retardation       |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Vision Problems   |   |

Compruebe por favor los problemas siguientes/ enfermedad que su niño tiene o que ha tenido:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pox Del Pollo                 | <input type="checkbox"/> escarlatina           | <input type="checkbox"/> infección del oído                   |
| <input type="checkbox"/> sarampión rojo                | <input type="checkbox"/> fiebre reumática      | <input type="checkbox"/> tonsilitis                           |
| <input type="checkbox"/> sarampión alemán de 3 días    | <input type="checkbox"/> alergias              | <input type="checkbox"/> depresión                            |
| <input type="checkbox"/> paperas                       | <input type="checkbox"/> asma                  | <input type="checkbox"/> droga/ abuso de alcohol              |
| <input type="checkbox"/> tos ferina                    | <input type="checkbox"/> asimientos            | <input type="checkbox"/> pulmonía                             |
| <input type="checkbox"/> anemia baja de la sangre      | <input type="checkbox"/> estreñimiento         | <input type="checkbox"/> enfermedad del riñón                 |
| <input type="checkbox"/> sangría anormal               | <input type="checkbox"/> diarrea               | <input type="checkbox"/> rasgo de la célula de la hoz         |
| <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado         | <input type="checkbox"/> tensión arterial alta | <input type="checkbox"/> enfermedad de la célula de la hoz    |
| <input type="checkbox"/> ictericia amarilla/ hepatitis | <input type="checkbox"/> úlceras del estómago  | <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca reumática        |
| <input type="checkbox"/> VD (enfermedad venérea)       | <input type="checkbox"/> diabetes del azúcar   | <input type="checkbox"/> tuberculosis                         |
| <input type="checkbox"/> Herpes                        | <input type="checkbox"/> fiebre del heno       | <input type="checkbox"/> la otra enfermedad de la pulmón      |
| <input type="checkbox"/> cáncer/ tumor                 | <input type="checkbox"/> problemas del ojo     | <input type="checkbox"/> lisiado                              |
|  |  | <input type="checkbox"/> reacción severa a las inmunizaciones |

Hace a: madre de su niño (m), padre del niño (f), abuelo del niño (GP), o hermano del niño ¿la hermana (s) tiene cualquiera del siguiente? (puesto la letra correcta en el espacio en blanco. Por ejemplo, un M por enfermedad cardíaca significa que la madre del niño tiene enfermedad cardíaca.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca    | <input type="checkbox"/> diabetes del azúcar          | <input type="checkbox"/> artritis                     |
| <input type="checkbox"/> tensión arterial alta  | <input type="checkbox"/> epilepsia                    | <input type="checkbox"/> bocio                        |
| <input type="checkbox"/> tuberculosis           | <input type="checkbox"/> enfermedad mental            | <input type="checkbox"/> uso esteroide                |
| <input type="checkbox"/> cáncer                 | <input type="checkbox"/> rasgo de la célula de la hoz | <input type="checkbox"/> abuso de alcohol de la droga |
| <input type="checkbox"/> defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> célula de la hoz             | <input type="checkbox"/> otro (especifique)           |
| <input type="checkbox"/> enfermedad del riñón   | <input type="checkbox"/> asimientos                   |   |
| <input type="checkbox"/> alergias               | <input type="checkbox"/> retraso                      |   |
| <input type="checkbox"/> asma                   | <input type="checkbox"/> problemas de la visión       |   |