

**PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

Department of Special Services

H-1i

**HEART CONDITION QUESTIONNAIRE**

Student's Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

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

School \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

Teacher \_\_\_\_\_

Parent phone \_\_\_\_\_

Emergency phone # \_\_\_\_\_

According to our records, your child has a heart condition. So that we can understand the condition and any special needs your child may have, please answer the questions below:

1. When was the heart condition discovered? \_\_\_\_\_

2. Does your child go to a cardiologist (heart specialist)? Yes  No  If yes, how often does s/he go? \_\_\_\_\_ Cardiologist \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

3. Name of regular physician/clinic \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

4. If possible, please provide the name or a description of your child's heart condition:  
\_\_\_\_\_

5. Has your child had surgery for this condition? Yes  No  If yes, when and where?  
\_\_\_\_\_

6. Does your child take medication for this condition? Yes  No  Sometimes \_\_\_\_\_  
If yes, list medications: \_\_\_\_\_

7. Does your child have activity limitations due to this heart condition? Yes  No   
If yes, please describe: \_\_\_\_\_

8. Name of physician \_\_\_\_\_

Physician Phone \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Please return form(s) to school nurse as soon as possible.

Reviewed by \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE PAJARO**

294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

H-1i(s)

Departamento de Servicios Especiales

**Cuestionario Condición del Corazón**

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Padre \_\_\_\_\_ # de Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_

De acuerdo con la información que tenemos en nuestros archivos, su hijo/a tiene una condición del corazón. Para que podamos entender la condición y cualquier necesidad especial que pueda tener su hijo/a, por favor conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Cuándo descubrieron la condición del corazón? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene su hijo/a citas con un cardiólogo? o con un especialista del corazón Si  No  Si su respuesta es sí, ¿Que tan frecuente tiene sus citas? \_\_\_\_\_ Nombre del Cardiólogo \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono \_\_\_\_\_
3. Nombre del doctor regular \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_
4. Favor de proporcionarnos el nombre o la descripción de la condición del corazón de su niño, si es posible.  
 \_\_\_\_\_
5. ¿Ha tenido su hijo/a una cirugía por esta condición? Si  No  Si su respuesta es sí, ¿cuándo y dónde?  
 \_\_\_\_\_
6. ¿Toma medicina su hijo/a para esta condición? Si  No  A veces \_\_\_\_\_  
 Si su respuesta es sí, mencione las medicinas \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene su hijo/a limitaciones de actividad por la condición del corazón? Si  No   
 Si su respuesta es sí, por favor describa las limitaciones \_\_\_\_\_
8. Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_

Favor de regresar este formulario(s) a la enfermera escolar tan pronto sea posible.

\_\_\_\_\_  
 Revisado por  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de los Padres  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha