



<b>Nombre del Estudiante</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escuela</b>	<b>Grado / Núm. De Ident.</b>
Apellido	Nombre	Inicial	Mes / Día / Año			

**HISTORIAL DE SALUD PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD**

<b>ALERGIAS</b> (Alimentos, drogas, insectos, otro)			<b>MEDICINAS</b> (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad.)			
¿Diagnóstico de Asma?	Sí	No	Indique Severidad	¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Riñones / Tarsales)	Sí	No
¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche?	Sí	No		¿Hospitalizaciones?		
¿Defectos de Nacimiento?	Sí	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Sí	No
¿Retrasos del Desarrollo?	Sí	No		¿Cirugía? (Anótelas Todas)	Sí	No
¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique	Sí	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Sí	No
¿Diabetes?	Sí	No		¿Heridas Graves o Enfermedad?	Sí	No
¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo?	Sí	No		¿Prueba positiva de la piel para el TB (Dermato Pruebas)?	Sí *	No
¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan?	Sí	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí *	No
¿Problemas Cardiacos / Falta de Respiración?	Sí	No		¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)?	Sí	No
¿Soplo Cardiaco / Presión Arterial Alta?	Sí	No		¿Uso de Alcohol / Drogas?	Sí	No
¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?	Sí	No		¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?)	Sí	No
¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último Examen _____				Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas Otro _____		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee)				¿Otras Preocupaciones?		
¿Problemas de Audición?	Sí	No		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis?				<b>Firma del Padre / Tutor</b>	<b>Fecha</b>	

**LA SECCIÓN TOTAL QUESIGUE DEBE SER COMPLETADA POR MD/DO/APN/PA (\* INDICA EXAMINACIÓN ORDENADA POR INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA DEL ESTADO)**

<b>REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO</b>	<b>ALTURA</b>	<b>PESO</b>	<b>BMI</b>	<b>B/P</b>
<b>EVALUACIÓN DE DIABETES BMI &gt; 85% edad / sexo</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Y uno de los dos siguientes: <b>Historial Familiar</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Minoría étnica</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
<b>Muestras de Resistencia a la Insulina</b> (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario policístico, acantosis nigricans) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Está en Riesgo</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

**CUESTIONARIO DEL PLOMO\*** se requiere para niños de 6 meses a 6 años registrados en una escuela con licencia o escuela pública, centro de cuidado de niños, preescolar, guardería infantil y / o kindergarten. ¿Se Indicó Examen de Sangre? Sí  No  **Fecha del Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ **Resultado de Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ (Si el niño(a) reside en Chicago, se requiere examen de la sangre.)

**Examen de la piel para el TB** Se recomienda sólo para niños en grupos de alto riesgo, incluye a niños que tienen sistema inmune supreso debido a infección del VIH (HIV) u otras condiciones, inmigrantes recién llegados de países de alta prevalencia, o aquellos adultos o expuestos en categorías de alto riesgo. Vea las guías del CDC. **Fecha que se leyó** / / **Resultado** mm

<b>PRUEBAS DE LAB. *INDICA EXAMENES ORDENADOS POR LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS DEL ESTADO</b>		Fecha	Resultados	Fecha	Resultados
Hemoglobina * o Hematocrito*					Glóbulos Falciformes (Sickle Cell) * (como se requiera)
Análisis de Orina					Otro
<b>SISTEMA DE REVISIÓN</b>	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades		Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades
Piel				Endocrino	
Oídos				Gastrointestinal	
Ojos	Normal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evaluación objetiva Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado _____ Ambliopía Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Oftalmólogo/Optometrista Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Génito-Urinario	LMP
Naríz				Neurrológico	
Garganta				Músculo esquelito	
Boca / Dental				Examinación de espina dorsal	
Cardiovascular/HTN				Estado de Nutrición	
Respiración				Salud Mental	

**NECESIDADES/MODIFICACIONES** requeridas en el ámbito escolar **DIETA** Necesidades / Restricciones

**INSTRUCCIONES ESPECIALES/ DISPOSITIVOS** ejem. lentes de protección, ojo de vidrio, protector de pecho para la arritmia, marcapasos, aparato de prótesis, puentes dentales, dentaduras, sostén / copa para deportes

**SALUD MENTAL / OTRO:** ¿Piensa usted que hay algo más que la escuela debe saber sobre el estudiante?  
Si a usted le gustaría hablar de la salud de este estudiante con la escuela o personal de salud escolar, marque el título:  Enfermera  Maestro  Consejero  Principal

**ACCIÓN DE EMERGENCIA** se necesita mientras está en la escuela debido a la condición de salud del niño(a) (ejem., convulsiones, asma, picadura de insectos, alergias de alimentos, alergia al cacahuate (maní), problemas de sangrado, diabetes, problemas del corazón)? Sí  No  Si contestó sí, por favor descríbalos.

Basado en el examen de este día, yo apruebo que este niño(a) participe en: **(Si la respuesta es No o es Modificada, por favor adjunte explicación)**  
EDUCACIÓN FÍSICA Sí ? No ? **Modificada ? DEPORTES ENTRE ESCUELAS** (por un año) Sí  No  **Limitado**

<b>Médico / Enfermera de Práctica Avanzada / Asistente de Médico que hace el examen</b>		
Nombre (letra de molde)	Firma	Fecha
<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>	

(Complete ambos lados)